



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Gestão em Enfermagem**

# **“SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL NOS ENFERMEIROS”**

**Pedro Miguel Cavalo Costa Garrido**

**2012**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

Área de Especialização

**Gestão em Enfermagem**

# **“SATISFAÇÃO PROFISSIONAL E COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL NOS ENFERMEIROS”**

**Pedro Miguel Cavalo Costa Garrido**

**Professora Doutora Maria Filomena Gaspar  
Professora Maria Teresa Ramalhal**

**2012**

**Escolhe um trabalho de que gostes, e não terás que  
trabalhar nem um dia na tua vida.**

**(Confúcio)**

**À minha família...**

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que tornaram esta caminhada possível.

À minha orientadora, Exma. Professora Doutora Maria Filomena Gaspar, pelos sábios conselhos, fundamental orientação e pela extrema disponibilidade demonstrada, essenciais para a realização do trabalho.

À minha co-orientadora, Exma. Professora Maria Teresa Ramalhal, também pela disponibilidade e aconselhamento muito importantes na concretização deste trabalho.

À Exma. Sra. Enf.<sup>a</sup> Costa Dias, enfermeira directora do Hospital da Luz, pela permanente divulgação e incentivo à investigação.

À comissão de Ética do Hospital da Luz, pela autorização concedida para a realização deste estudo.

À Exma. Sra. Enf.<sup>a</sup> Cristina Rato pela preciosa ajuda concedida.

À minha família, principalmente nas pessoas da minha mãe, do meu pai, do meu irmão e da minha irmã, pelo apoio incondicional que me continuam a dar, incentivando sempre a minha caminhada académica e, essencialmente, pela compreensão que sempre demonstraram pelo pouco tempo que disponho para estar com eles.

À minha esposa Vera, companhia essencial na minha vida, que me apoia e ajuda, também incondicionalmente, em tudo aquilo que faço.

## RESUMO

O presente estudo baseia-se na convicção que a satisfação profissional dos enfermeiros influencia os comportamentos de cidadania organizacional por estes demonstrados.

Neste sentido foi delineada uma pesquisa do tipo correlacional tendo como objectivo verificar a relação existente entre a satisfação profissional e os comportamentos de cidadania organizacional.

A amostra foi constituída por 156 enfermeiros pertencentes a uma instituição privada de saúde de Lisboa.

Previamente foi realizado um estudo de campo e uma revisão bibliográfica considerada pertinente para a temática em estudo, sendo posteriormente definido o quadro teórico que sustenta as hipóteses formuladas.

De entre os resultados obtidos salientam-se:

- o tipo de vínculo influencia a satisfação profissional;
- o tipo de vínculo influencia os comportamentos de cidadania organizacional dirigidos à organização e os comportamentos de cidadania organizacional dirigidos aos indivíduos;
- o duplo emprego e o tempo de exercício profissional influenciam os comportamentos de cidadania organizacional dirigidos aos indivíduos;
- a satisfação profissional correlaciona-se positivamente com os comportamentos de cidadania organizacional dirigidos à organização e com os comportamentos de cidadania organizacional dirigidos aos indivíduos;

## **ABSTRACT**

The present study is based in the conviction that nurses’ professional satisfaction has a direct influence on organizational citizenship behaviors.

In this direction it was delineated a correlational research having the objective to verify the relation between professional satisfaction and organizational citizenship behaviors.

The sample was constituted by 156 nurses who work in a private healthcare institution in Lisbon.

Previously it was carried out a field study of the thematic and a pertinent bibliographical revision, later it were defined the theoretical bases that support the formulated hypotheses.

Between the obtained results we underline:

- the type of labor contract has influence in the professional satisfaction;
- the type of labor contract has influence in organizational citizenship behaviors towards organization and in organizational citizenship behaviors towards individuals;
- the double employment and the time of professional duty have influence in organizational citizenship behaviors towards individuals;
- professional satisfaction has a positive correlation with organizational citizenship behaviors towards organization and in organizational citizenship behaviors towards individuals;

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	6
CAPÍTULO 1 - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM .....	6
1.1 – A ENFERMAGEM – DADOS ESTATÍSTICOS EM PORTUGAL.....	6
1.2 - A ENFERMAGEM COMO CIÊNCIA.....	6
1.3 - A TEORIA DA CONSECUÇÃO DE OBJECTIVOS DE IMOGENE KING .....	8
1.4 – AS EXIGÊNCIAS DA PROFISSÃO/SER ENFERMEIRO NO SÉCULO XXI .....	11
CAPÍTULO 2 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL .....	13
2.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE “SATISFAÇÃO PROFISSIONAL” .....	13
2.2 - TEORIAS SOBRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL .....	15
2.2.1– Teorias do conteúdo.....	15
2.2.1.1 – Hierarquia das Necessidades de Maslow.....	15
2.2.1.2 – Teoria dos Dois Factores de Herzberg .....	17
2.2.1.3 – Teoria das necessidades de McClelland .....	18
2.2.2 – Teorias do Processo.....	19
2.2.2.1 – Teoria das Expectativas .....	19
2.2.2.2 – Teorias da Discrepância .....	20
2.3 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS .....	20
CAPÍTULO 3 - COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL (CCO) .....	23
3.1 – CCO: DEFINIÇÃO DO CONCEITO .....	23
3.2 – DIMENSÕES DA CIDADANIA ORGANIZACIONAL.....	25
3.3 – ANTECEDENTES DE CCO .....	26
3.4 – ALGUNS ESTUDOS RELATIVOS A CCO.....	29
PARTE II - ESTUDO DE CAMPO .....	31
CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....	31
4.1 – ABORDAGEM METODOLÓGICA .....	31
4.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	31
4.2.1- Principais Hipóteses .....	31
4.3 – AMOSTRA E PROCEDIMENTO.....	32
4.3.1- Amostra .....	32
4.3.2- Procedimento.....	33
4.4 – INSTRUMENTOS DE PESQUISA .....	33
4.4.1 – Escala da satisfação profissional .....	33
4.4.2 – Escala dos comportamentos de cidadania organizacional em contexto hospitalar .....	35
CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	37



---

5.1 - ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS .....	37
5.1.1 – Consistência interna.....	37
5.2 – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS .....	38
5.2.1 – Estatística descritiva .....	38
5.2 – Análise das hipóteses formuladas.....	39
5.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	43
BIBLIOGRAFIA .....	56
ANEXOS .....	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura nº. 1</b> – Diagrama de hipóteses .....	32
<b>Figura nº.2</b> – Diagrama final de resultados .....	43

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro nº. 1</b> – Factores da escala de avaliação dos CCO.....	34
<b>Quadro nº. 2</b> – Sub-escalas da escala da Satisfação Profissional.....	35
<b>Quadro nº. 3</b> – Correlação não satisfação/satisfação.....	36

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela n.º 1</b> - Consistência Interna da escala da SP.....	37
<b>Tabela n.º 2</b> - Consistência Interna da escala dos CCO.....	38
<b>Tabela n.º 3</b> – Estatísticas descritivas da SP.....	38
<b>Tabela n.º 4</b> – Estatísticas descritivas dos CCO.....	39
<b>Tabela n.º 5</b> – Sumário do modelo “satisfação profissional”.....	40
<b>Tabela n.º 6</b> - Significância do modelo “satisfação profissional”.....	40
<b>Tabela n.º 7</b> - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e “satisfação profissional”.....	40
<b>Tabela n.º 8</b> – Sumário do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos à organização”.....	41
<b>Tabela n.º 9</b> - Significância do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos à organização” .....	41
<b>Tabela n.º 10</b> - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e “comportamentos de cidadania dirigidos à organização”.....	41
<b>Tabela n.º 11</b> – Sumário do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas”.....	42
<b>Tabela n.º 12</b> - Significância do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas”.....	42
<b>Tabela n.º 13</b> - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas”.....	42
<b>Tabela n.º 14</b> – Coeficientes de correlação entre “CCO” e “SP”.....	43

## 0. INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem, ao longo do tempo, lutado por um reconhecimento equivalente à sua importância não só nos cuidados de saúde em particular, como também na sociedade em geral.

Um longo caminho foi percorrido desde os primeiros tempos da Enfermagem, em que a arte do cuidar apenas existia em conventos e mosteiros, em que as habilitações literárias exigidas nos primeiros cursos que se realizavam em Portugal (finais do século XIX, princípios do século XX) consistiam apenas no saber ler, escrever e contar, até aos dias de hoje (Varandas da Costa, 2001). Um dos marcos fundamentais da Enfermagem actual foi o seu reconhecimento e consequente transformação de curso de Bacharelato em Licenciatura, pois há muito que se pedia uma actualização curricular e um reconhecimento de competências ao mesmo nível de outros cursos superiores, bem como das exigências científicas que se verificam hoje mais do que nunca. No entanto, apesar de toda esta evolução, outro longo caminho ainda falta ser percorrido e dada a actual conjuntura político-económico-social em que vivemos, receia-se que um dos mais complicados.

A formação de enfermeiros nas escolas portuguesa disparou exponencialmente nos últimos anos em grande parte devido à abertura de várias escolas de Enfermagem privadas. A Enfermagem está cada vez mais a deixar de ser uma profissão de cariz vocacional e cada vez mais a ser uma profissão “opcional”, situação que tem vindo a ser alterada com a avidez por procurar um curso de relativo fácil ingresso, para uma profissão com elevado estatuto social e ainda com alguma saída profissional. No entanto, esta saída profissional está cada vez mais limitada e já existem enfermeiros no desemprego, situação impensável num passado recente. É certo que as dotações dos serviços permitiriam mais ingressos mas a capacidade dos empregadores, nomeadamente do Estado, é cada vez mais limitada. Esta situação, aliada a uma crescente abertura de hospitais empresa, leva a que a gestão de recursos humanos delimite, cada vez mais, estratégias conducentes ao lucro e à contratação/manutenção de colaboradores que dão garantias institucionais de eficácia.

Cada vez mais privilegiam-se comportamentos que vão para além do requerido formalmente pelas entidades empregadoras, comportamentos que os líderes organizacionais não exigem directamente mas que se espera que aconteçam. Falamos dos Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO).

Fisher (2002) considera o exercício da cidadania organizacional amplo e abrangente por incorporar além das responsabilidades económico-financeiras numa organização, aquelas

responsabilidades de ordem política, cultural e social. Nesta perspectiva os gestores têm demonstrado interesse em incorporar esses comportamentos no discurso utilizado dentro das organizações (Kark & Waismel, 2005). Na concepção de Fisher (2002), o actual contexto sócio-político-social tem remetido os gestores a um grande desafio, ou seja, compreender o comportamento humano, focando acções e atitudes dos indivíduos e grupos no ambiente das organizações, com o intuito de alcançar a máxima produtividade e promover uma cultura de cidadãos organizacionais. Organ (1997) destacou a necessidade das organizações apelarem aos comportamentos espontâneos, inovadores e cooperativos dos seus membros, no sentido de ganhar vantagem competitiva. Neste contexto percebe-se que os CCO se têm, nas últimas décadas, transformado num constructo na área das ciências humanas e sociais, recebendo grande atenção na literatura (Bateman & Organ, 1983; Smith, Organ & Near, 1983; Organ, 1988; Siqueira, 1995; Podsakoff et al., 2000; Bolino, Turnley & Niehoff, 2004; Foote & Tang, 2008). Os CCO definidos por Pina e Cunha et al. (2007:304), referindo Smith et al. (1983); Organ (1988); Van Dyne et al. (1995) Organ e Ryan (1995) e Podsakoff et al. (1997) tratam-se de (...) “comportamentos discricionários, não directa ou explicitamente reconhecidos pelo sistema de recompensa formal, não exigidos formalmente pelo papel ou descrição do cargo, e que, agregadamente, promovem o funcionamento eficaz da organização”. O conceito reveste-se de especial relevo na medida em que os CCO são valorizados, pelos gestores, quando avaliam os seus colaboradores, bem como pela sua estreita relação com a eficácia organizacional (Rego, 2002b), logo, é pertinente saber quais as razões que induzem as pessoas a adoptá-los, bem como os factores que os podem potenciar ou enfraquecer. Alguns destes factores são considerados por Pina e Cunha et al. (2007) e reportam-se à satisfação, à percepção de justiça, à confiança, ao empenhamento organizacional, ao apoio organizacional percebido e ao sentimento psicológico de comunidade de trabalho. Segundo Benzecry (2005), não só o próprio conceito de CCO apresenta ainda algumas divergências teórico-conceptuais, além de uma quantidade relativamente limitada de estudos, como também é um fenómeno cultural (Benzecry, 2005, citando Paine e Organ, 2001) com diferenças significativas entre regiões, países e até mesmo classes profissionais.

Mas com tantas exigências aos enfermeiros nos nossos dias, tantos sacrifícios pedidos, tantas horas a trabalhar à noite e ao final de semana, que em muitos casos já nem remuneradas são, tantos feriados não gozados, será que sobra espaço para os CCO. Será que a satisfação dos enfermeiros no seu local de trabalho não promoverá estes comportamentos ao contrário da insatisfação, que os inibirá.

Assim sendo, a questão de partida para este estudo é:

---

**- Será que a satisfação profissional dos enfermeiros influencia os comportamentos de cidadania organizacional?**

No que respeita à profissão de Enfermagem, a problemática da SP ainda não se encontra muito estudada e desenvolvida, sendo que muitos dos estudos existentes sobre a SP aparecem associados ao estudo da motivação e do mal-estar.

Embora ambíguo na sua definição, o conceito de SP é, desde a década de 30, abordado no âmbito da Psicologia Social e da Psicologia das Organizações (Pedro & Peixoto, 2006).

O conceito de SP é definido, no âmbito da Psicologia Social, como um conjunto de sentimentos positivos ou negativos manifestados por um indivíduo em relação ao seu trabalho, resultante do esperado de uma determinada situação e o que efectivamente se obteve dela, dando ênfase à concretização de expectativas (Pedro & Peixoto, 2006).

No campo das Ciências da Educação a SP poderá ser entendida como uma cognição, por vezes associada a aspectos como a auto-estima e com componentes afectivas. Para Gursel, Sunbul e Sari (2002), citados pelo mesmo autor, a SP pode também definir-se como um estado emocional positivo resultante da situação profissional do sujeito, associada às características específicas da profissão.

A Enfermagem pode ser definida como a arte do cuidar do outro individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, sendo da sua responsabilidade o desenvolvimento autónomo ou em equipa de actividades de promoção, protecção, prevenção e recuperação da saúde. Aos enfermeiros, como profissionais de nível académico superior na área da saúde, está atribuída a difícil tarefa de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos na comunidade. Os enfermeiros são profissionais preparados para actuar em todas as áreas que a saúde envolve, desde a prestação directa de cuidados até ao nível administrativo e de gestão, nas mais diversas instituições de saúde, como por exemplo em clínicas, hospitais, empresas, postos de saúde ou mesmo domicílios. A Enfermagem moderna, com rigor técnico e científico, deve o seu grande desenvolvimento a Florence Nightingale (século XIX), que após ter trabalhado no cuidado a soldados durante a guerra da Criméia estruturou o seu modelo de assistência baseado em factos observáveis, tendo uma grande importância na recuperação dos moribundos. Foi também responsável pela inovação ao nível da elaboração de registos clínicos, dando origem à implementação do processo clínico do doente. Presentemente a Enfermagem tem uma linguagem própria, constantemente actualizada e editada pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), classificação esta responsável pela orientação e elaboração de diagnósticos de Enfermagem, bem como pela delineação de estratégias de intervenção e avaliação dos resultados obtidos.

O trabalho é, de acordo com Amaro (2005:67) um fenómeno complexo e multidimensional, em que a SP representa um dos pressupostos que o constituem.

Existem também, como em todas as ciências não sendo a Enfermagem excepção, vários modelos e teorias de Enfermagem, não sendo possível afirmar que um é melhor que outro, mas sim que todos eles nos ajudam a estruturar uma melhor prática. No entanto, existem determinados modelos conceptuais que se adequam melhor a determinadas situações ou necessidades de cuidados quotidianas, sendo uma das estratégias facilitadoras da utilização de uma teoria verificar a sua adequação a situações específicas, com o intuito de diminuir dificuldades na compreensão da sua estrutura e aplicabilidade.

De entre a análise das várias teóricas e das suas teorias de Enfermagem pensamos ser Imogene King e a sua perspectiva centrada nas relações interpessoais a mais adequada ao problema em estudo, através do seu Modelo de Sistemas de Interacção, que acabou por evoluir para a Teoria da Consecução de Objectivos.

Deste modo, decidiu-se então investigar a relação existente entre os “CCO” e a “SP” nos enfermeiros, dada a pertinência que pensamos existir em fazer o diagnóstico da situação no sentido de se poderem construir estratégias concertadas e adequadas ao fenómeno identificado, no sentido de se promover a eficácia organizacional bem como a SP profissional, nos enfermeiros.

Define-se então, tendo em conta as variáveis apresentadas, o problema de investigação deste estudo em:

**- A influência da satisfação profissional dos enfermeiros nos comportamentos de cidadania organizacional.**

O objectivo geral definido à partida para esta pesquisa é: “estudar a relação entre a satisfação profissional e os comportamentos de cidadania organizacional nos enfermeiros”, e os objectivos específicos são:

- Verificar a existência de relação entre factores sócio-demográficos e a satisfação profissional nos enfermeiros;
- Verificar a existência de relação entre factores sócio-demográficos e os comportamentos de cidadania organizacional nos enfermeiros;
- Verificar a existência de relação entre a satisfação profissional nos enfermeiros e os comportamentos de cidadania organizacional;

Resumindo, na primeira parte deste trabalho teremos um enquadramento teórico e conceptual da problemática em estudo, dividida por capítulos de acordo com esta mesma problemática. Assim, depois de enquadrarmos o leitor no que é a profissão de Enfermagem, no que é ser enfermeiro e na teoria de Enfermagem escolhida, definimos CCO e SP, apresentando sempre



que possível estudos relevantes efectuados. Na segunda parte do trabalho apresenta-se o estudo de campo. A amostra do estudo é constituída por 156 enfermeiros, provenientes de uma instituição privada de saúde em Lisboa. É também nesta segunda parte que são apresentadas as opções metodológicas, as principais hipóteses, os métodos e as técnicas utilizadas, bem como são apresentados e descritos os instrumentos utilizados para o estudo. Para finalizar apresentam-se as conclusões e as implicações do estudo, bem como as comparações possíveis com outros estudos já realizados, deixando assim a porta aberta para futuras investigações nesta área, para que se compreenda melhor a Enfermagem, os enfermeiros e esta profissão tão importante na nossa sociedade.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO 1 - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM**

#### **1.1 – A ENFERMAGEM – DADOS ESTATÍSTICOS EM PORTUGAL**

Em Portugal, o número de enfermeiros continua a aumentar todos os anos, devido ao crescente número de escolas e, conseqüentemente, de vagas para a formação destes profissionais. Segundo os últimos dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros de 2010, disponíveis no seu sítio oficial na *internet*, existem 64535 membros activos inscritos, a contrastar com os 37487 que existiam em 2000 (activos e efectivos). Continua a ser uma profissão maioritariamente feminina, sendo que existem cerca de quatro vezes mais enfermeiras que enfermeiros. Podemos também considerar que se trata de uma profissão jovem, pois a classe modal de idades situa-se entre os 26 e os 30 anos.

A maioria dos enfermeiros trabalha na prestação directa de cuidados (24644 enfermeiros) e em hospitais (34438 enfermeiros). No que respeita ao seu título académico, existem 52929 enfermeiros generalistas e 11622 enfermeiros com o grau de especialista, não existindo dados publicados sobre a diferença entre os enfermeiros que ainda possuem como habilitações académicas o bacharelato e os que já detêm o grau de licenciado (últimos dados publicados são do ano de 2008 e reportavam 33770 licenciados contra 15256 bacharéis). Lisboa, Porto e Coimbra são as regiões onde trabalham mais enfermeiros (14850, 11878, 4829 enfermeiros respectivamente), seguidas da região de Braga (4192 enfermeiros) e Setúbal (3938 enfermeiros).

#### **1.2 - A ENFERMAGEM COMO CIÊNCIA**

Com o intuito de dar a conhecer a profissão de Enfermagem bem como algumas das suas funções e características, incluímos neste capítulo algumas noções sobre o Regulamento do Exercício Profissional e sobre o Código Deontológico dos Enfermeiros.

No quarto artigo, ponto número um, do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril define-se Enfermagem e enfermeiro:

“1 – Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, e aos grupos

sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível;

2 – Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

No código Deontológico dos enfermeiros, consagrado no Diário da República, são definidos os seus direitos e deveres, sendo bem visível a elevada responsabilidade à qual estes profissionais estão vinculados. O enfermeiro deverá assumir a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, pelo atendimento ao indivíduo em tempo útil, de modo a não haver atrasos nos diagnósticos e tratamentos, dignificando sempre a profissão e reconhecendo a importância das repercussões da sua conduta nesta.

No seu início, Enfermagem e religião estavam intimamente relacionadas, pois a arte de cuidar só existia em conventos e mosteiros. Diversas ordens hospitalares surgiram com base nesta premissa. Florence Nightingale, no século XIX, é considerada pioneira da Enfermagem moderna, sendo-lhe atribuída a criação da primeira escola de Enfermagem, fundada em 1860, no St. Thomas Hospital em Londres, Inglaterra. Em Portugal, os primeiros cursos de Enfermagem, nos finais do século XIX/princípios do século XX, apenas exigiam que os candidatos soubessem ler e escrever. A partir de 1922 começou a ser exigido a certidão do exame de instrução primária do 2º grau, no entanto continuava a ser uma profissão exclusiva de mulheres.

A profissão de Enfermagem tem sofrido uma importante e considerável evolução ao longo dos tempos e, especialmente, ao longo dos últimos anos. Distantes vão os tempos da Enfermagem serviçal sendo hoje em dia uma disciplina com um saber próprio e específico. Segundo Varandas da Costa (2001:9), os avanços científicos e sociais em muito têm condicionado estas alterações, assim como as expectativas das populações relativamente aos profissionais de Enfermagem, “(...) a responsabilidade dos enfermeiros é crescente a nível da prestação de cuidados, da educação para a saúde, da promoção da qualidade de vida e da participação em órgãos interdisciplinares para a elaboração de políticas de saúde”.

O enfermeiro de hoje é um profissional com formação académica superior, no entanto, e apesar de indispensável, esta formação por si só não é suficiente. É necessário “(...) mobilizar qualidades pessoais, fontes documentais, experiência, conhecimentos e saberes (...)” (Varandas da Costa, 2001:10) e, fundamentalmente, não se utilizar a formação superior como

desculpa para o afastamento dos cuidados, sendo essencial que os enfermeiros se tornem, continuamente, mais qualificados e competentes.

Só no século XIX a Enfermagem surge como actividade profissional e apenas na década de 90 é integrada no sistema Educativo Nacional com a consequente passagem à obtenção do grau de licenciado, de acordo com o Decreto-Lei nº. 353/99, de 3 de Setembro.

### **1.3 - A TEORIA DA CONSECUÇÃO DE OBJECTIVOS DE IMOGENE KING**

Tal como já havíamos referido na introdução do presente trabalho, existem vários modelos e teorias de Enfermagem, não sendo possível afirmar que um é melhor que outro, mas sim que todos eles nos ajudam a estruturar uma melhor prática. Desta forma pensamos que a teoria de Imogene King é aquela que melhor se adequa ao tema central do nosso trabalho.

King desenvolveu a sua teoria com base em conceitos a partir do ponto central que é o alcance de objectivos de saúde para o cliente. Para esta autora, estes objectivos só poderão ser alcançados através da interacção e transacção entre o enfermeiro e cliente, numa organização formada pelos sistemas pessoais, sistemas interpessoais e sistemas sociais (Moura & Pagliuca, 2004). A meta desta teoria é ajudar os indivíduos a manter um estado saudável e assim, ajudá-los a desempenhar as suas funções na sociedade. Os meios para alcançar uma meta comum variam em cada grupo profissional, de acordo com os seus papéis e funções na sociedade. A meta global dos enfermeiros é promover a saúde e prevenir a doença.

A sistematização é essencial nas mudanças e complexidade das organizações de saúde, sendo provavelmente, o modo mais adequado de estudar os seres humanos em interacção com o ambiente. Os enfermeiros e os clientes são seres humanos reactivos que interagem em situações específicas para alcançar propósitos específicos. A utilização do modelo de King permite o desenvolvimento de conhecimentos para os enfermeiros implementarem uma base teórica que permita desenvolver um cuidado de qualidade aos indivíduos nos hospitais, ambulatórios e comunidades (Moreira & Araújo, 2002).

King utilizou uma abordagem à teoria dos sistemas no desenvolvimento da sua Teoria de Consecução de Objectivos. Esses sistemas designam transacções humanas em diferentes tipos de ambientes e não à fragmentação dos seres humanos e do seu ambiente. Consciente da complexidade do comportamento humano em situações de Enfermagem, formulou uma estrutura conceptual com base nos sistemas dinâmicos pessoal, interpessoal e social, onde o ser humano é o centro de cada sistema e a unidade de análise o seu comportamento numa diversidade de ambientes (Sieloff, 2004).

O sistema pessoal é compreendido por um indivíduo num determinado ambiente e envolve, entre outros, os conceitos de percepção (representação real de cada ser humano); *self* ou ego (sistema aberto voltado para uma meta, a concepção que o próprio indivíduo tem de quem ele próprio é como pessoa, que sofre influências do passado e especula sobre o futuro. Cada *self* é uma pessoa inteira, com crescimento e desenvolvimento na estrutura corporal e cognitiva humana, pelo que ajuda os enfermeiros a entenderem as pessoas com problemas na imagem corporal, por exemplo); espaço (é definido pela sua área física, território, e pelos componentes que o ocupam, é necessário que os enfermeiros tenham claro que o conceito de espaço ajuda a aperfeiçoar o entendimento de si mesmos, enquanto pessoas e a avaliar a percepção do espaço apresentado pelo cliente); tempo (duração entre um acontecimento e outro, é uma experiência única de cada indivíduo).

O sistema interpessoal é formado pelo agrupamento de indivíduos em díade (enfermeiro-cliente) tríade (enfermeiro - cliente - família) e em pequenos e grandes grupos (comunidade). Engloba os conceitos de papel (que exige que os indivíduos comuniquem uns com os outros e interajam com o propósito de alcançar metas); interacções (comportamentos observáveis em díades, tríades ou em grupos, em presença mútua); comunicação (considerada como o processo pelo qual uma informação é transmitida de uma pessoa para outra, directamente ou não); transacções (comportamentos humanos dirigidos para metas, acontecem em situações nas quais os seres humanos participam activamente); stress (estado dinâmico no qual indivíduos interagem com o ambiente procurando um equilíbrio que propicie o crescimento, desenvolvimento e desempenho efectivo de papéis).

O sistema social é um sistema organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos de regulação das reacções. Contempla a organização, que é a forma pela qual as actividades contínuas são administradas para alcançar metas. O entendimento da estrutura organizacional ajuda os enfermeiros na identificação e na gestão de conflitos entre a organização e os seus papéis e funções profissionais. Está associada ao conhecimento de autoridade (poder para tomar decisões que guiam as acções do *self* e de outros) e poder (característica da autoridade, sendo o processo através do qual uma ou mais pessoas influenciam as demais numa determinada situação). Envolve também os conceitos de estatuto (modo como a posição de um indivíduo num grupo é percebida por outros indivíduos); tomada de decisão (julgamentos feitos que afectam o curso da acção a ser desenvolvida em situações específicas); Moreira & Araújo, 2002; Moura & Pagliuca, 2004; Sieloff, 2004.

Vejamos as definições de Enfermagem, pessoa, saúde e ambiente para Imogene King:

Enfermagem - processo interpessoal de acção, reacção, interacção e transacção pelo qual são dadas informações sobre as percepções da enfermeira e indivíduo na situação de Enfermagem. O seu principal objectivo é ajudar os indivíduos a preservar a sua saúde, de modo a que possam desempenhar as suas funções (Sieloff, 2004). Neste modelo conceptual, parte-se do pressuposto que a meta da Enfermagem é ajudar o indivíduo a manter a sua saúde para que, dessa maneira, ele possa desempenhar bem as suas funções. Os enfermeiros têm como funções ensinar, aconselhar e guiar indivíduos e grupos, ajudando-os a manter a sua saúde.

Pessoa - King define as pessoas como seres espirituais, com capacidade para pensar, conhecer, fazer escolhas. São seres capazes de preservar a sua cultura através dos vários sistemas de comunicação, são únicos e holísticos, capazes de pensamento racional e tomada de decisão. Constituem sistemas abertos em transacção com o ambiente não podendo ser separados deste, diferindo uns dos outros no que respeita a necessidades, desejos e objectivos.

Saúde - A saúde é um estado dinâmico do ciclo de vida e implica um constante ajuste ao stress no ambiente interno e externo, por forma a otimizar os recursos da pessoa para a sua vida diária.

Ambiente - É o meio onde as pessoas estão inseridas. É necessário para os enfermeiros compreenderem a interacção do indivíduo com o seu ambiente no estabelecimento de uma relação terapêutica.

Ao olharmos para a teoria de King não nos podemos esquecer que estamos a considerar os enfermeiros como elemento central do sistema, o que também está de acordo com esta autora pois King (1989) sugere que se pense nos enfermeiros como indivíduos, assim como nos clientes também como indivíduos, sendo ambos parte central dos cuidados de Enfermagem. Esta autora refere ainda que os enfermeiros são a “chave” de todos os recursos humanos nos serviços de saúde.

O trabalho de King providencia uma estrutura para as chefias de Enfermagem observarem as relações entre os enfermeiros, os cuidados e os clientes e a organização (King, 1989). A mesma autora (1989) refere-nos que os clientes são influenciados pelas suas interacções com o ambiente, influenciando também eles o ambiente onde estão inseridos, ou seja, também os enfermeiros são indissociáveis do ambiente onde estão inseridos.

Ainda para a mesma autora a prática de Enfermagem funciona em diferentes sistemas interpessoais, tais como enfermeiro-cliente, enfermeiro e família, enfermeiro-enfermeiro, enfermeiro e outros profissionais, sendo o cuidar o ponto central desta interacção e as trocas de informação o elo entre estes três sistemas.

Actualmente a utilização de um modelo de sistemas parece ser ideal, pelas mudanças e complexidades das organizações de saúde, sendo provavelmente, o modo mais adequado de

estudar seres humanos em interacção com o ambiente. O conceito sistematizado da estrutura conceptual de King proporciona uma forma actual e válida de compreender os seres humanos, uma vez que o processo de Enfermagem de King promove a acção e reacção, pela própria característica de interacção desta teoria.

#### **1.4 – AS EXIGÊNCIAS DA PROFISSÃO/SER ENFERMEIRO NO SÉCULO XXI**

O enfermeiro é um profissional exposto a diferentes factores de stress ocupacionais que podem afectar o seu bem-estar, tais como as longas jornadas de trabalho, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos químicos e físicos, assim como o contacto constante com o sofrimento, a dor e a morte.

Os enfermeiros que exercem a sua profissão em meio hospitalar, normalmente organizam-se em equipas cujo número de elementos pode variar entre 10 e 20 (ou mais) elementos, de acordo com o número de doentes e o tipo de cuidados necessários a prestar. As enfermarias normalmente são constituídas por um gabinete para o chefe, uma sala de trabalho, uma sala de tratamentos, arrecadações, e, em alguns casos, por uma sala de reuniões de equipa ou para momentos de pausa, acrescida, obviamente, pelos quartos para os doentes entre outras estruturas variáveis consoante a necessidade destes últimos.

O horário de trabalho dos enfermeiros, normalmente varia entre as 35 ou 40 horas semanais, dependendo do tipo de vínculo e contrato de trabalho, distribuídas em turnos de 8 a 10 horas, de manhã (8-16 horas), de tarde (16 – 23 horas) ou de noite (23 – 8 horas). Obviamente que estes horários podem ser variáveis, pois dada a natureza da profissão, pode existir a necessidade de estes serem prolongados por razões como o volume de trabalho, a necessidade de transmitir informação ao turno seguinte, atrasos ou faltas dos colegas, sendo que, na maior parte dos casos, este acréscimo de tempo trabalhado não é objecto de compensação.

É certo e sabido que os enfermeiros são profissionais indispensáveis e insubstituíveis em qualquer organização de saúde e que são o grupo profissional com maior número de trabalhadores, não se reflectindo muitas vezes essa hegemonia na participação nas tomadas de decisão relativamente às diferentes políticas a instituir nas organizações situação que, não raras vezes, pode gerar constrangimentos entre os enfermeiros e contribuir para o *burnout* e insatisfação profissional. Lopes (1997) refere que parte da culpa destas situações se verificarem, tem a sua origem na própria atitude dos enfermeiros, que ao longo do tempo têm estruturado a sua actuação dando prioridade às prescrições feitas a determinada doença, assim

como às regras institucionais. Os enfermeiros ocupam também muito do seu tempo com tarefas que lhes são exigidas e que, no entanto, não fazem parte das suas competências, o que provoca muitas vezes sentimentos de frustração.

Os enfermeiros são responsáveis por prestar cuidados holísticos ao doente, não só cuidados de higiene, de alimentação e outros, mas também de apoio psicológico a este e à sua família.

Como vimos, o trabalho de Enfermagem pode ser bastante desgastante, não só por tudo aquilo a que foi feita referência, mas também devido às exigências relativas à prática de horários rígidos e por turnos.

Vários estudos têm demonstrado que os profissionais que trabalham por turnos exibem com maior frequência queixas de fadiga crónica e alterações gastro-intestinais que os trabalhadores que têm um horário normal. Também são referidas para além de alterações biológicas alterações emocionais, devido às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termo-regulador e do ritmo de excreção da adrenalina (Peiró, Gonzales-romá & Marti, 1992). Também o excesso de trabalho, quer em termos qualitativos quer quantitativos, poderá ser uma fonte importante de stresse profissional. Segundo Peiró, Gonzales-romá e Marti (1992), existe uma relação significativa entre a sobrecarga de trabalho e o desenvolvimento de ansiedade, assim como uma diminuição da SP e o aumento de comportamentos nefastos para a saúde, como por exemplo, o aumento do consumo de tabaco ou substâncias psicoactivas. Kandolin (1993), realizou um estudo em profissionais de saúde que trabalham por turnos, onde foram encontrados três aspectos de *burnout*: fadiga psicológica, perda de satisfação no trabalho e endurecimento de atitudes. O stresse no trabalho reflecte-se também no seio da família e nas relações sociais, de amizade e de lazer. Vários autores têm identificado agentes específicos de stresse relacionados com reacções adversas ao trabalho em contexto hospitalar, como por exemplo: a sobrecarga de trabalho (físico e mental), insegurança no trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho, ambiguidade de papéis, trabalhar em domínio desconhecidos, não participação nas decisões ou planeamento, recursos inadequados, ambições não satisfeitas, conflitos interpessoais e mudanças tecnológicas (Greenberg, 1987).



## **CAPÍTULO 2 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

### **2.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO DE “SATISFAÇÃO PROFISSIONAL”**

Amaro (2005:67) define trabalho como (...) “um fenómeno complexo e multidimensional, em que a SP representa um dos pressupostos que o constituem”.

A mudança organizacional num mundo em evolução surge através das discontinuidades que agitam o mercado, das tecnologias, dos ambientes sócio-políticos e de toda a vida económica e social. Organizações bem sucedidas dependem da sua capacidade de gerir todas estas constantes mudanças, bem como da disponibilidade de recursos humanos qualificados e equipados com os conhecimentos avançados nos domínios técnicos e de gestão.

No que respeita à profissão de Enfermagem a problemática da SP ainda não se encontra muito estudada e desenvolvida, sendo que muitos dos estudos existentes sobre a SP aparecem associados ao estudo da motivação e do mal-estar.

Embora ambíguo na sua definição, o conceito de SP é, desde a década de 30, abordado no âmbito da Psicologia Social e da Psicologia das Organizações (Pedro & Peixoto, 2006). Por volta de 1912 reportam-se os primeiros estudos sobre a satisfação no trabalho, a maior parte deles direccionados para a sua relação com o cansaço, a remuneração e a produtividade.

O conceito de satisfação no trabalho é definido, no âmbito da Psicologia Social, como um conjunto de sentimentos positivos ou negativos manifestados por um indivíduo em relação ao seu trabalho, resultante do esperado de uma determinada situação e o que efectivamente se obteve dela, dando ênfase à concretização de expectativas (Pedro & Peixoto, 2006). Para Gursel, Sunbul e Sari (2002), citados pelo mesmo autor, a SP pode também definir-se como um estado emocional positivo resultante da situação profissional do sujeito, associada às características específicas da profissão.

O desenvolvimento do estudo da SP deve-se, em grande parte, ao facto de se acreditar que esta variável influencia directamente o desempenho do profissional, bem como o seu comportamento, com a possibilidade interferir na sua saúde mental (Lawer, 1973, citado por Cura & Rodrigues, 1999). Desta forma, é compreensível que quanto mais satisfeito um enfermeiro se sentir com o seu trabalho, melhores condições psicológicas terá para desempenhar as suas funções e maior motivação sentirá ao realizá-las. A SP existe quando se alcança um resultado esperado. Ocorre quando o trabalhador se sente realizado

profissionalmente em relação às suas expectativas, às suas necessidades e valores, ou seja, quando o que recebe está de acordo com o que esperava obter: remuneração adequada, segurança no emprego, ambiente harmonioso no trabalho, amizade, valorização e reconhecimento profissional e oportunidade de trabalhar em equipa.

Desde 1931 que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estudam a profissão de Enfermagem no que respeita a variadas características que lhe são inerentes. Na 61.<sup>a</sup> Conferência da OIT em 1976, foi abordado o tema das condições insatisfatórias do trabalho de Enfermagem, onde se trataram de temas relacionados com: o trabalho por turnos, pequenos períodos de descanso, trabalhar aos domingos e feriados sem remuneração adequada, temas que ainda hoje se discutem pela importância da sua interferência na saúde do trabalhador. Para além das suas necessidades financeiras, o trabalho deve satisfazer também as necessidades emocionais, de auto-satisfação, auto-valorização e realização pessoal. Desta forma compreende-se a estreita relação entre a SP e a qualidade dos serviços prestados. Trabalhadores mais satisfeitos são trabalhadores que se envolvem mais e comprometem com a instituição onde desempenham funções, ao contrário de trabalhadores insatisfeitos podem vir a desenvolver estados patológicos como o stresse, depressão ou ansiedade, em muitos casos responsáveis por fenómenos como o absentismo (Carvalho & Lopes, 2006).

Locke (1976) refere a existência de três grandes escolas de pensamento no que respeita ao estudo da SP: a escola físico-económica, a escola das relações humanas e a escola pelo desenvolvimento pelo trabalho.

A escola físico-económica tem como principal representante Taylor e é caracterizada pela divisão do trabalho, tempo e método de trabalho utilizado nas diferentes instituições com o objectivo de maximizar a produção reduzindo as despesas. Taylor valorizava medidas como o incentivo aos trabalhadores com benefícios financeiros, considerando que a SP era directamente proporcional à remuneração e descurando assim a vertente humana do trabalho que considerava não interferir na SP (Amaro, 2005).

A escola das Relações Humanas, onde Elton Mayo é o principal mentor, surge com o crescente interesse dos fenómenos relacionais no trabalho. Esta teoria desenvolve-se com o crescimento e valorização das ciências humanas (Psicologia e Sociologia), focando mais o seu interesse no trabalhador que na máquina, harmonizando os objectivos pessoais dos trabalhadores com os objectivos colectivos propostos pela empresa e valorizando as relações interpessoais existentes em contexto de trabalho. Mais estudos foram desenvolvidos por este autor onde concluiu que trabalhadores mais satisfeitos tendem a ser mais produtivos.

A escola do Desenvolvimento pelo Trabalho considera que o indivíduo pode desenvolver-se e atingir a sua satisfação e realização pessoal através de factores e pressupostos inerentes ao trabalho. Seguindo os passos desta teoria, Herzberg em 1977 desenvolveu a teoria dos dois factores, na qual existem factores que tendem a produzir SP e factores que tendem a produzir insatisfação profissional.

## **2.2 - TEORIAS SOBRE A SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

As teorias da SP encontram-se muito relacionadas com as teorias da motivação no trabalho, existindo várias teorias que explicam a satisfação e a motivação das pessoas naquilo que fazem e produzem. Optamos por apresentar o critério de Locke (1976) citado por Amaro (2005), onde são apresentadas duas grandes categorias: as teorias do conteúdo e as teorias do processo.

### **2.2.1– Teorias do conteúdo**

Amaro (2005:72) refere-nos que as teorias do conteúdo “(...) procuram compreender os fenómenos internos que conduzem cada individuo a adoptar determinado tipo de comportamentos (...)”. Luthans (1998) refere-nos que estas teorias tentam identificar, na prática, que tipo de incentivos ou objectivos as pessoas se esforçam por alcançar e obter satisfação e bom desempenho.

#### 2.2.1.1 – Hierarquia das Necessidades de Maslow

A teoria da motivação humana apresenta como centro da sua concepção uma constituição da motivação humana em cinco níveis de necessidades, organizados hierarquicamente (Robbins, 1996). Nesta teoria, o comportamento humano é determinado por necessidades, forças conscientes ou inconscientes que conduzem o indivíduo a adoptar um determinado comportamento em detrimento de outro.

Um indivíduo sente-se motivado para determinada acção por uma necessidade sentida dentro de si, dirigindo posteriormente o seu comportamento aos objectivos que podem satisfazer essas necessidades. Maslow (1970), elaborou uma teoria da motivação na qual as necessidades humanas estão organizadas em diferentes níveis, numa hierarquia de importância e de influência que se constrói sob a forma de uma pirâmide.

Na base da pirâmide encontram-se as necessidades mais baixas (necessidades fisiológicas) e no topo, as necessidades mais elevadas (as necessidades de auto-realização).

**Necessidades fisiológicas:** constituem o nível mais baixo de todas as necessidades humanas, mas são de vital importância. Neste nível estão as necessidades como as de alimentação, de sono e repouso, de abrigo e desejo sexual. As necessidades fisiológicas estão relacionadas com a sobrevivência do indivíduo e com a preservação da espécie, são instintivas e nascem com o indivíduo. São as mais prementes de todas as necessidades humanas pois quando uma não está satisfeita, domina a direcção do comportamento.

**Necessidades de segurança:** constituem o segundo nível de necessidades humanas. São as necessidades de segurança ou estabilidade, a procura de protecção contra a ameaça ou privação, a fuga ao perigo e surgem no comportamento quando as necessidades fisiológicas estão relativamente satisfeitas.

**Necessidades sociais:** surgem imediatamente acima, quando as anteriores necessidades mais baixas (fisiológicas e de segurança) se encontram relativamente satisfeitas. De entre as necessidades sociais salienta-se a necessidade de associação, participação, aceitação pelos pares, troca de amizade, afecto e amor.

**Necessidade de estima:** constituem as necessidades relacionadas com a maneira pela qual o indivíduo se vê e se avalia. Fazem parte destas necessidades a auto-apreciação, auto-confiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, status, prestígio e consideração. A sua satisfação conduz a sentimentos de auto-confiança, valor, força, prestígio, poder e utilidade. A sua não satisfação pode produzir sentimentos de inferioridade, fraqueza, dependência que, muitas vezes, conduzem ao desânimo ou actividades compensatórias.

**Necessidades de auto-realização:** são as últimas a serem satisfeitas e encontram-se no topo da pirâmide. Correspondem às necessidades que cada pessoa tem para realizar o seu próprio potencial e de se auto-desenvolver continuamente.

A teoria da hierarquia de Maslow (1970) pressupõe entre outros os seguintes aspectos:

1. Quando uma necessidade de nível mais baixo é satisfeita, ela deixa de ser motivadora de comportamento, dando oportunidade para que um nível mais elevado possa desenvolver-se.
2. Nem todas as pessoas conseguem chegar ao topo da pirâmide de necessidade.
3. Cada pessoa possui mais de uma motivação. Todos os níveis actuam conjuntamente no organismo, dominando as necessidades mais elevadas sobre as mais baixas, desde que estas estejam suficientemente satisfeitas.
4. Qualquer frustração ou possibilidade de frustração da satisfação de certas necessidades passa a ser considerada ameaça psicológica. Essa ameaça é que produz reacções gerais de emergência no comportamento humano.

A motivação pode ser entendida como uma tensão persistente que leva o indivíduo a alguma forma de comportamento e que visa a satisfação de uma ou mais necessidades. Daí o conceito de ciclo motivacional. O organismo humano permanece em equilíbrio psicológico até que um estímulo destrua esse equilíbrio e crie uma necessidade, que por sua vez provoca um estado de tensão em substituição ao anterior estado de equilíbrio. A tensão conduz a um comportamento ou acção capaz de atingir alguma forma de satisfação daquela necessidade. Quando a necessidade é satisfeita, o organismo retorna ao seu estado de equilíbrio inicial, até que outro estímulo sobrevenha, caso contrário acontecerá a frustração. Vários autores, embora reconheçam a importância da teoria de Maslow para a investigação científica, apontam-lhe também algumas limitações. Para alguns autores, incluindo Amaro (2005) Maslow confunde valores com necessidades, não tendo este apresentado provas que as premissas por si propostas sejam efectivamente constituídas por necessidades, sobretudo as de ordem superior.

#### 2.2.1.2 – Teoria dos Dois Factores de Herzberg

A teoria dos dois factores de Herzberg constitui também uma importante ferramenta para o estudo da SP.

As investigações deste autor concluíram que os trabalhadores, quando questionados relativamente à satisfação, apresentavam uma intensidade e frequência diferente nas respostas, em relação a quando eram confrontados com a insatisfação. Herzberg, Mausner & Snyderman, (1993) identificam 5 factores a considerar responsáveis pela satisfação dos trabalhadores: a realização, o reconhecimento, a responsabilidade, o trabalho em si e a possibilidade de progressão na carreira.

Herzberg formulou a teoria dos dois factores para explicar o comportamento das pessoas em situação de trabalho contemplando dois tipos de factores:

**Factores higiénicos ou factores extrínsecos**, encontram-se localizados no ambiente em que as pessoas estão inseridas e dizem respeito às condições dentro das quais elas desempenham o seu trabalho. Como normalmente essas condições são administradas e decididas pela empresa, estes factores estão fora de controlo das pessoas. Os principais factores higiénicos são: salário, benefícios sociais, tipo de chefia ou supervisão, condições físicas e ambientais de trabalho, políticas e directrizes da empresa, clima de relações entre a empresa e as pessoas que nela trabalham. De acordo com Herzberg, Mausner & Snyderman, (1993), quando os factores higiénicos são óptimos, eles apenas evitam a insatisfação dos trabalhadores, pois não conseguem elevar consistentemente a satisfação, e quando a elevam, não conseguem

suportá-la elevada por muito tempo. Quando os factores higiénicos são precários, eles provocam a insatisfação dos empregados. São chamados de factores higiénicos porque são essencialmente profiláticos e preventivos: eles apenas evitam a insatisfação, mas não provocam a satisfação. Pelo facto de estarem mais relacionadas com a insatisfação, chama-os de factores insatisfatórios.

**Factores motivacionais ou factores intrínsecos**, encontram-se directamente relacionados com o conteúdo do cargo e com a natureza das tarefas que o indivíduo executa. Estes factores estão sob controlo do indivíduo, pois estão relacionados com aquilo que ele faz ou desempenha. Os factores motivacionais envolvem os sentimentos de crescimento individual, de reconhecimento profissional e as necessidades de auto-realização.

Herzberg, Mausner & Snyderman, (1993) referem-nos ainda que o contrário de satisfação profissional não é insatisfação, mas sim a ausência de satisfação ou a não satisfação profissional. Para proporcionar motivação no trabalho, Herzberg propõe o enriquecimento de tarefas. Este consiste numa constante substituição de tarefas mais simples e elementares do cargo por tarefas mais complexas, de modo a acompanhar o crescimento individual de cada trabalhador, oferecendo-lhe condições de desafio e de satisfação profissional no cargo. O enriquecimento de tarefas traz efeitos desejáveis, como aumento da motivação, aumento da produtividade, redução do absentismo e redução de rotatividade do pessoal. No entanto, alguns críticos desse sistema apontam alguns efeitos indesejáveis, como o aumento de ansiedade, pelo constante confronto com tarefas novas e diferentes, principalmente quando não são bem sucedidas nas primeiras experiências; aumento do conflito entre as expectativas pessoais e os resultados do seu trabalho; sentimentos de exploração quando a empresa não acompanha o enriquecimento de tarefas com o enriquecimento da remuneração.

### 2.2.1.3 – Teoria das necessidades de McClelland

Esta teoria contempla três necessidades que variam de indivíduo para indivíduo e que contribuem para a sua motivação profissional: necessidade de realização, necessidade de poder e necessidade de afiliação (Robbins, 1996).

Para McClelland, indivíduos com elevada necessidade de realização, tendem a orientar comportamentos procurando a excelência, tentando ser bem sucedidos em situações de competição e tentando alcançar a realização pessoal através dos seus desempenhos. Estes indivíduos normalmente são muito exigentes nos objectivos que colocam a si próprios mas, no entanto estes objectivos são calculados de acordo com as suas capacidades. No que

respeita às necessidades de poder os indivíduos tendem a exercer forte influência e controle no comportamento dos outros, valorizando o seu prestígio e estatuto pessoal, em detrimento de um desempenho profissional eficaz e satisfatório. A necessidade de afiliação parece motivar o comportamento profissional dos indivíduos, sendo que os mais motivados tendem a adoptar comportamentos de cooperação em detrimento dos menos motivados que procuram mais situações de competitividade.

Tal como Amaro (2005) pensamos que a teoria de McClelland apesar de não servir de base para estudos de SP de enfermeiros relaciona-se com os desafios conceptuais e metodológicos que os profissionais de enfermagem enfrentam actualmente, pelo carácter de exigência profissional, com níveis de stress elevado e também por se tratar de uma profissão onde as relações interpessoais são especialmente importantes.

### **2.2.2 – Teorias do Processo**

Outros autores referem que nem sempre as necessidades fundamentais dos indivíduos promovem determinado tipo de comportamentos, uma vez que cada ser humano é um fenómeno complexo e de difícil entendimento, o que provoca diferentes objectivos motivacionais, mesmo até no decorrer do mesmo ciclo vital.

De acordo com Pina e Cunha et al. (2005) as teorias do processo começaram a surgir na década de 60 e procuram explicar os processos inerentes à construção da SP, recorrendo para isso à compreensão dos processos cognitivos intrínsecos a cada indivíduo.

#### **2.2.2.1 – Teoria das Expectativas**

Esta teoria elaborada por Victor Vroom em 1964, pressupõe que o empenho que cada indivíduo despende para atingir determinado objectivo é proporcionalmente directo à expectativa que o indivíduo tem nesse objectivo e o seu grau de atractividade. Por outro lado esta motivação será maior, quanto maior for a recompensa em alcançar esse objectivo, tendo então influência directa na SP desse trabalhador.

Segundo os autores Ferreira et al. (2001) e Seco (2000) referidos por Amaro (2005), Vroom baseia a sua teoria em três tipos de relação: (1) relação esforço/desempenho - resultado obtido mediante o esforço que terá que despendar; (2) relação desempenho/recompensa - grau de acreditação no auto-desempenho como conducente à obtenção de um resultado; (3) relação

recompensa/objectivos pessoais - grau de percepção das recompensas da instituição empregadora como atractivas e concordantes com os objectivos pessoais.

A estas relações Vroom acrescentou cinco conceitos chave: os resultados (aspectos proporcionados ao trabalhador pela organização como contrapartida pelo seu trabalho); a valência (grau de atracção que o resultado representa para o indivíduo); a instrumentalidade (grau de percepção entre desempenho e resultado); a expectativa (antevisão provável de ocorrência como resposta ao comportamento); e a força (tensão interior capaz de gerar motivação). Robbins (1996), no entanto, refere que esta teoria tende a ser idealista, uma vez que apenas se tem verificado em determinados indivíduos.

#### 2.2.2.2 – Teorias da Discrepância

As teorias da discrepância referem-nos que quanto maior for a diferença entre aquilo que o indivíduo pretende alcançar e aquilo que realmente consegue obter, menor será a sua SP.

A esta teoria, inicialmente proposta por Locke (1969), Bravo, Peiró e Rodriguez (1996) acrescentaram também que as discrepâncias podem ser também a nível interpessoal e intra-pessoal. Estes autores referem-nos ainda que o nível interpessoal consiste num processo comparativo que o indivíduo estabelece entre si e os outros, requerendo que os indivíduos partilhem o mesmo sistema social e desempenhem funções semelhantes. A nível intra-pessoal, refere-se à comparação que o indivíduo faz com as suas funções e aquelas que ele gostaria que fossem.

### **2.3 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS**

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através da opinião face ao trabalho (Graça, 1987). Esta satisfação resulta de uma avaliação periódica que cada um de nós faz, relativamente ao grau de realização das necessidades, preferências e expectativas profissionais. Corresponde à soma das diferenças entre expectativas e aquilo que o trabalhador efectivamente consegue no seu trabalho.

Aranaz (1994) refere que a SP é essencial para o processo laboral condicionando a interacção entre os doente e os profissionais de saúde, com influência directa na arte de cuidar.

Uma questão que afecta o equilíbrio interno de uma organização é o grau de motivação das pessoas. Um profissional insatisfeito e desmotivado pode afectar de uma forma marcante o



clima organizacional de uma unidade hospitalar, podendo induzir outros membros da equipa a adoptarem uma postura semelhante, ou mesmo desempenhando as suas funções de forma inadequada e pouco eficiente. A insatisfação dos profissionais de saúde de um país acarreta um sério custo económico e social devido ao seu efeito sobre o clima laboral/ profissional, o rendimento e a prestação dos cuidados de saúde, devido ao detrimento dos recursos para fazer frente à ausência do trabalho, o aumento da rotação com efeito sobre a capacidade técnica dos profissionais nos novos postos, a perda da moral laboral e o aumento do absentismo.

O que liga o trabalhador à empresa, de acordo com Graça (1987:22), não é somente um contrato jurídico, mas também psicológico, sendo este “(...) uma espécie de acordo tácito, não escrito, em que o trabalhador estabelece as condições e os limites da sua ligação à empresa (...)”, ou seja, o trabalhador espera satisfazer algumas necessidades, sentir-se respeitado, sentir-se responsável, reconhecido e apreciado, enfim, sentir um certo nível de realização profissional e humana, em suma, espera dar resposta às suas expectativas.

No caso dos enfermeiros, os investigadores justificam a escassez de trabalhos sobre a SP na natureza da profissão em si. A Enfermagem sempre foi considerada como uma profissão de natureza vocacional, razão pela qual poderia influenciar o tipo de expectativa que estes profissionais têm em relação ao seu trabalho. Estudos mostram que enfermeiros de uma dada instituição cujas condições salariais e laborais são semelhantes, apresentam graus de SP muito semelhantes. Também as características dos doentes a quem os enfermeiros prestam cuidados podem ter influência na SP, como por exemplo no caso de pacientes psiquiátricos ou cirúrgicos, cujas necessidades apresentadas são muitas vezes diferentes (Kelly, 1985; Campbell, 1986; Hale, 1986).

Muita controvérsia existe a respeito do conceito de SP, o que dificulta o seu estudo e a sua compreensão. De acordo com a literatura detectámos estudos que tiveram por objectivo analisar a SP dos enfermeiros, relacionada com variáveis como sexo, idade, experiência profissional, área da actuação prática, tempo de serviço e “feedback”. Apesar desses estudos terem tido por base abordagens metodológicas distintas existe consenso sobre o sentimento do enfermeiro em relação ao seu trabalho. O enfermeiro parece estar mais satisfeito com os aspectos intrínsecos de seu trabalho, tais como reconhecimento, responsabilidade e autonomia. Os factores extrínsecos que apareceram como maiores causadores de insatisfação são o nível salarial, a qualidade da supervisão, o relacionamento com a equipa de trabalho e as condições de trabalho (Kelly, 1985; Campbell, 1986; Hale, 1986). Alguns estudos revelaram que mudanças organizacionais como a formação de uma associação de enfermeiros e a possibilidade de oferecer uma assistência integral ao paciente aumentam a SP, não parecendo

ousado, portanto, supor que a SP possa apresentar diferenças de acordo com a especialidade a que o enfermeiro se dedica.

No que respeita aos enfermeiros um estudo efectuado por Quintela e Santos (1996), autores que estudaram a SP nos enfermeiros do Hospital de Lamego, confirmam os resultados obtidos por Herzberg. Os valores mais baixos obtidos referem-se a condições de trabalho, remuneração e relação com os superiores (coincidentes com os factores higiénicos), os valores mais altos foram obtidos na realização profissional, posição sócio-profissional e considerações profissionais (factores motivacionais).

Em outro estudo, Garrido (2010) constatou que a SP, de entre um conjunto de variáveis, apenas era influenciada pelo tipo de serviço no qual os enfermeiros trabalham.

Vários autores têm identificado agentes específicos de stresse relacionados com reacções adversas ao trabalho em contexto hospitalar, como por exemplo: a sobrecarga de trabalho (físico e mental), insegurança no trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho, ambiguidade de papéis, trabalhar em domínio desconhecidos, não participação nas decisões ou planeamento, recursos inadequados, ambições não satisfeitas, conflitos interpessoais e mudanças tecnológicas (Greenberg, 1987), ou seja, as características de determinados serviços podem ser influenciadoras da SP.

Kandolin (1993), num estudo realizado em profissionais de saúde que têm o horário por turnos, havia encontrado relação significativa entre este e a satisfação no trabalho, facto não constatado no trabalho de Garrido (2010). O mesmo autor também verificou, no seu estudo, existir correlação negativa estatisticamente significativa entre o *burnout* e o bem-estar subjectivo e a SP, afirmando que os enfermeiros com elevados índices de *burnout* experienciam menor SP e menor bem-estar subjectivo.

Queirós (2005), Loreto (2000) e Correia (1997) também estudaram a correlação entre *burnout* e SP, reforçando a ideia de que factores condicionantes da SP têm interferência negativa no *burnout*, ou seja, enfermeiros menos satisfeitos profissionalmente são enfermeiros mais predispostos ao *burnout*.

Queirós (2005) também concluiu a existência de correlação significativa e negativa entre SP e as dimensões do *burnout* exaustão e despersonalização; e de correlação significativa e positiva entre a SP e a realização pessoal.

Também Dela Coleta (2005), encontrou uma correlação positiva entre o bem-estar subjectivo e a SP facto referido porque num estudo efectuado com adultos não estudantes, estabeleceu relação entre a felicidade e a existência de SP. Empiricamente percebe-se que quanto mais feliz, satisfeita e realizada uma pessoa se sente com o seu trabalho, maiores serão as probabilidades desta pessoa ter elevados índices de bem-estar, ou seja, como que de um ciclo

se tratasse, quanto mais satisfeito o enfermeiro se sentir com o seu trabalho, melhores condições terá para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade e maior motivação sentirá para o desempenho das suas funções, levando a um maior envolvimento e comprometimento com a instituição onde desempenha funções. Segundo Spector (2002), a satisfação no trabalho reflecte o que a pessoa sente em relação ao seu trabalho, ou seja, quanto as pessoas gostam do seu trabalho.

Para Siqueira (2008) estudos referentes à SP defendem que esta pode levar a um aumento de motivação tal que afecta directamente a produtividade e a estabilidade da própria organização. De acordo com Robbins (2004) a satisfação no trabalho parece ser o principal responsável pelo desenvolvimento de CCO, uma vez que funcionários mais satisfeitos têm uma maior propensão em trabalhar em prol da organização, mantendo comportamentos que vão para além das expectativas requeridas para a sua função. Este autor destaca ainda que a influência da SP nos CCO aumenta com a percepção de justiça organizacional, pois quando um colaborador sente que a empresa possui uma boa política de remuneração, procedimentos adequados, uma chefia justa, a confiança aumenta e, conseqüentemente aumentam os CCO.

### **CAPÍTULO 3 - COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL (CCO)**

#### **3.1 – CCO: DEFINIÇÃO DO CONCEITO**

As organizações esperam que os seus funcionários desempenhem o papel que lhes é pedido, mas por outro lado esperam também acções espontâneas que ultrapassem o que é pedido formalmente e que contribuam para a eficácia organizacional e para o bom funcionamento dos grupos e organizações.

Os CCO definidos por Pina e Cunha et al. (2007:304), referindo Smith et al. (1983); Organ (1988); Van Dyne et al. (1995) Organ e Ryan (1995) e Podsakoff e tal (1997) tratam-se de (...) “comportamentos discricionários, não directa ou explicitamente reconhecidos pelo sistema de recompensa formal, não exigidos formalmente pelo papel ou descrição do cargo, e que, agregadamente, promovem o funcionamento eficaz da organização”.

O estudo da cidadania organizacional tem sido abordado por vários investigadores, a partir da década de 80. Um dos seus percursores foi Chester Barnard em 1938 (Scott & Mitchel, 1985). De acordo com as concepções sobre administração elaboradas por Barnard e a visão do trabalhador como “cidadão organizacional” elaborada por Katz e Kahn em 1978 (Siqueira, 1995), Bateman e Organ (1983), introduziram e construíram o conceito de CCO descrito

inicialmente como: o conjunto de contribuições informais no trabalho, que os colaboradores de uma organização podem manifestar ou inibir, sem ter que responder a sanções ou receber incentivos formais.

Alguns estudos têm revelado a estreita ligação entre os CCO e a eficácia organizacional o que tem levado os gestores a tentar perceber o que induz umas pessoas a adoptarem estes comportamentos e o que poderá ser feito para os fomentar. As respostas têm sido várias e hoje sabe-se que, entre outros, os CCO podem ser influenciados por características de personalidade, comportamentos de liderança e características organizacionais (Pina e Cunha et al., 2007).

Efectivamente, na actual conjuntura económico-social, que restringe cada vez mais a contratação, não fará sentido manter e valorizar aqueles funcionários cujo grau de empenho e dedicação vão para além das exigências institucionais? Ou por outro lado será que devemos valorizar mais um funcionário que demonstra este grau de empenho e dedicação, em detrimento do que “apenas” cumpre o que lhe é pedido? Será que estes comportamentos extra-papel são espontâneos ou antes “produzidos” com a ideia clara de um benefício futuro? Seremos capazes de fazer esta distinção?

Segundo Pina e Cunha et al., (2007) a definição de CCO tradicional mantém três pontos-chave: a discricionariedade, a não recompensa e a eficácia.

- 1) A discricionariedade é o que não é prescrito pelo papel ou descrição de funções, representando acções executadas por escolha pessoal e cuja não realização não é punível;
- 2) A não-recompensa designa o facto de o comportamento não ser directa ou formalmente recompensado pelo sistema de recompensas da instituição, podendo no entanto implicar retornos positivos por via indirecta (melhores avaliações de desempenho e consequentes efeitos promocionais, por exemplo) não garantidos contratualmente;
- 3) A eficácia que abarca a noção de cidadania organizacional sem tornar conceptualmente imprescindível que os comportamentos sejam discricionários e desprovidos de recompensas directas e garantidas.

Na perspectiva de Rego (2002) existe um ténue limite entre as fronteiras do papel e do “extra-papel”, devido a factores como a avaliação do comportamento, visto como formal possuir parâmetros diferentes quando realizada por mais de um observador; a designação de comportamento próprio do papel é diferente quando um observador avalia o comportamento de dois empregados; as expectativas em relação aos empregados mudam de acordo com o aspecto temporal e de acordo com a cultura; um comportamento é próprio do papel ou extra-

papel de acordo com a sua intensidade, efeitos positivos na organização ou o facto de fazer parte, ou não, das expectativas formais inerentes ao cargo.

Porto (2004) ao se reportar aos CCO comenta que as organizações que se fundamentam exclusivamente no papel prescrito possuem uma estrutura extremamente frágil. Neste sentido, comportamentos inovadores e espontâneos que os trabalhadores apresentam, visando a consecução das funções organizacionais, promovem a realização de metas e tornam o sistema mais forte. Torna-se então necessário estimular nos colaboradores desempenhos acima dos requisitos da função, adoptando comportamentos extra-papel, os funcionários contribuem para o crescimento da organização.

Também Robbins (2004) compartilha estas ideias, referindo que as organizações bem sucedidas necessitam de colaboradores que ultrapassem as expectativas de desempenho manifestando comportamentos de “bom-cidadão”, passíveis de serem observados através de declarações positivas do trabalhador em relação ao trabalho, no auxílio dos colegas, no voluntarismo para a realização de actividades extra, no evitamento de conflitos, no zelo pelo património da empresa, entre outros.

### **3.2 – DIMENSÕES DA CIDADANIA ORGANIZACIONAL**

Os CCO são um conceito multidimensional. Inicialmente foram agregados em duas dimensões de acordo com Gaspar e Jesuino (2009) - altruísmo e consciência geral. Segundo os mesmos autores outras foram posteriormente identificadas: virtude cívica (Graham 1986); cortesia e desportivismo (Podsakoff e Mechenzie 1988); lealdade, obediência e participação (Van Dyne, Graham e Dienesch 1994).

No entanto, apesar de todas estas dimensões podemos organizá-las em dois grandes grupos: comportamentos positivos orientados para a organização (CCO-O) e comportamentos positivos orientados para as pessoas (CCO-I).

A elevada correlação entre as diferentes dimensões eleva a discussão e a não consensualidade, de que estas poderão não ser completamente independentes, apontando para uma estrutura bidimensional dos CCO (Anderson, 1991, referido por Gaspar & Jesuino, 2009), o que vai de encontro aos estudos de Irvine (1995, também referido por Gaspar & Jesuino 2009), que encontrou esta estrutura bidimensional no seu estudo em grupos multi-profissionais na área da saúde.

Também os estudos de Rioux e Penner (2001), LePine, Erez e Johnson (2002) e Williams e Anderson (1991) nos referem que os CCO se subdividem em duas categorias; os CCOi –

---

comportamentos de cidadania organizacional dirigidos a indivíduos; e os CCOo – comportamentos de cidadania organizacional dirigidos à organização.

Outros autores, no entanto, consideram os CCO como um conceito multidimensional, composto por sete dimensões: comportamentos de ajuda, desportivismo, lealdade organizacional, obediência organizacional, iniciativa individual, virtude cívica e auto-desenvolvimento (Podsakoff et al., 2000).

Pina & Cunha et al. (2007) afirmam que há razões para pensar que os contextos culturais podem interferir nas concepções acerca do que é CCO ou não e que as dimensões de CCO podem ser influenciadas pelo país ou cultura onde os estudos são realizados, facto comprovado pela identificação de diferentes dimensões em diferentes estudos realizados em países diferentes.

Em Portugal, um estudo levado a cabo por Rego (1999) citado por Pina e Cunha et al. (2007), em 338 gestores de empresas, foram identificadas as dimensões harmonia interpessoal, espírito de iniciativa, conscienciosidade e identificação com a organização.

Num outro estudo, Rego e Jesuino (1999) citados por Pina e Cunha et al. (2007) concluíram também que as empresas em Portugal que apresentavam melhores indicadores de eficácia eram aquelas onde os CCO eram mais vinculados. Algumas das razões pelas quais os CCO podem influenciar a eficácia organizacional são: o aumento da produtividade dos colegas de trabalho; incremento da produtividade dos gestores; diminuição dos custos e libertação dos recursos para actividades mais produtivas; reduzir a necessidade de imputar recursos a actividades de pura manutenção; facilitar a coordenação entre os membros das equipas e entre os vários grupos de trabalho; contribuir para reter e atrair as pessoas mais competentes; facilitar a estabilidade do desempenho organizacional; facilitar a adaptação da organização às mudanças ambientais; contribuir para a promoção do conhecimento colectivo da organização; contribuir para a melhoria da qualidade das decisões e contribuir para a satisfação, fidelização e aumento da clientela. No entanto, mais uma vez, não existe consensualidade na relação directa entre os CCO e a eficácia, existindo argumentos plausíveis a favor de ambas as opiniões.

### **3.3 – ANTECEDENTES DE CCO**

Uma questão interessante levantada por Pina e Cunha et al. (2007) diz respeito ao facto de, se os CCO são valorizados pelos gestores quando avaliam o desempenho dos seus colaboradores, e se é aceitável pensar que contribuem para a sua eficácia, torna-se então importante percebermos o que leva as pessoas a adoptar este tipo de comportamentos. Desta

forma, para estes autores, existem alguns antecedentes de comportamentos de cidadania tais como:

- Satisfação – “As pessoas mais satisfeitas com o trabalho, a organização e as suas chefias tendem a actuar reciprocamente, adoptando, por exemplo, comportamentos de ajuda, sugestões construtivas e actos de lealdade organizacional”;
- Percepção de justiça – “As pessoas com percepção de justiça mais positivas podem adoptar mais CCO porque adquirem índices superiores de confiança, estabelecem com a sua organização uma relação de troca social (...) e desejam agir reciprocamente para quem os beneficia;
- Confiança – “A confiança na organização e nos seus decisores pode constituir um importante “lubrificante” dos sistemas sociais, suscitar relações vinculativas entre as pessoas e a organização, aumentar o grau de empenhamento na vida organização (...)”;
- Empenhamento organizacional – “(...) é verificado que as pessoas mais empenhadas tendem a disponibilizar-se para fazer sacrifícios pessoais em prol da organização”;
- Apoio organizacional percebido – “(...) o grau em que as pessoas percebem que as organizações os valorizam e cuida do seu bem-estar. Quando essas percepções são positivas, as pessoas sentem que têm a obrigação de agir reciprocamente, empenham-se na vida organizacional, adquirem sentimentos de confiança, faltam menos ao trabalho, diminuem as suas intenções de saída”;
- Sentimento psicológico de comunidade de trabalho – “Quando as pessoas sentem que trabalham numa organização caracterizada por segurança emocional, apoio dos colegas, orientação para a equipa, ligação espiritual, sentido de pertença (...) adquirem um sentido psicológico de comunidade de trabalho que as induz a irem mais além e a empenhar-se no melhor funcionamento do grupo e da organização.

Importantes também são as características individuais de cada pessoa, potencialmente influenciadoras da prática de CCO. Algumas dessas características, citadas por Pina e Cunha et al. (2007:320) são:

- Conscienciosidade – “ (...) grau em que a pessoa é de confiança, orientada para o sucesso, responsável e perseverante na prossecução de objectivos (...)”;
- Propensão para a confiança – “(...) expectativa generalizada de que o mundo, as promessas e as declarações escritas e orais de outras pessoas ou grupos são fiáveis (...)”;
- Motivo afiliativo – “Os indivíduos com forte motivação para a afiliação tendem a possuir o desejo de estabelecer relações interpessoais fortes, de obter aprovação social para as suas opiniões e actividades (...)”;

- Orientação para o colectivo – “(...) as pessoas colectivistas concedem especial importância aos interesses do grupo e preocupam-se com o bem estar deste (...)”;
- Auto-estima – “(...) grau em que os membros organizacionais acreditam que podem satisfazer as suas necessidades pessoais através da participação em papéis organizacionais;
- Afectividade positiva – “As pessoas com elevado índice de afectividade positiva (...) tendem a possuir sentimentos de bem-estar, (...) estudos sugerem que tendem a executar mais CCO do que as restantes”;
- Profissionalismo – “As pessoas com maior profissionalismo têm as seguintes características (1) tomam a profissão como referência, (2) acreditam na importância de serviço ao público, (3) acreditam na auto-regulação, (4) sentem a voz da chamada e (5) denotam um forte sentido de autonomia.

É importante para as organizações adoptarem estratégias de gestão de recursos humanos promotoras de CCO. Devem considerar os seus colaboradores como membros organizacionais e não como recursos a curto prazo, devem assegurar uma razoável estabilidade de emprego, perspectivas de carreira e formação contínua.

Polat (2009) destaca alguns factores que tendem a aumentar os níveis de exposição de CCO como: sentimentos agradáveis sobre o local de trabalho, o apoio, a igualdade, a satisfação no trabalho, a lealdade à organização, a confiança organizacional, a equidade organizacional, a identidade organizacional, a percepção de salário satisfatório, o interesse pela organização, o sentimento de responsabilidade social e o aumento da motivação.

Van Dyne, Cummings & Parks, (1995) apontaram três categorias de antecedentes para CCO descritos pelas pesquisas prévias: estados afectivos (satisfação global, comprometimento afectivo, envolvimento de trabalho, percepções que as expectativas de justiça foram satisfeitas, percepção de que um contrato psicológico tenha sido mantido, baixa alienação); diferenças individuais (consciência, afabilidade, afectividade positiva, propensão à confiança, auto-estima); e factores situacionais (necessidade de afiliação, orientação de relacionamento, a preocupação com a empatia e dependência de campo).

Chiaburu e Byrne (2009) confirmaram que o comprometimento no trabalho e satisfação no trabalho são preditores de comportamentos de cidadania organizacional. O ponto comum entre os diferentes antecedentes é que todos eles parecem carregar uma conotação positiva.

É também importante perceber que muitas vezes os CCO constituem actos instrumentais, sendo difícil distingui-los de tácticas de influência utilizadas pelos subordinados. Por exemplo, apoiar o superior em situações de trabalho delicadas pode constituir uma táctica de sedução destinada a obter uma promoção, sair do trabalho após o horário estabelecido pode reflectir uma táctica de exemplificação para obtenção de melhor resultado na avaliação de



desempenho, participar activamente numa reunião ou frequentar acções de formação não obrigatórias pode reflectir o desejo de auto-promoção. Por outro lado, fazendo parte de uma estratégia de influência é de esperar que, muitas vezes, quando os CCO são adoptados para impressionar os superiores estes não se verifiquem quando os superiores estiverem ausentes, ou, por exemplo, o entrar mais cedo e o sair mais tarde do trabalho deixa de estar associado a objectivos de desempenho da unidade organizacional e passa a estar subordinado aos dias em que o superior está ou não presente.

Contribuindo os CCO para a eficácia e eficiência organizacional é do interesse da organização que os gestores os tomem em consideração quando fazem avaliações de desempenho. Krilowicz e Lowery, citados por Pina e Cunha et al. (2007) dizem-nos que o desempenho do empregado e o processo de avaliação de desempenho devem ser redefinidos para incluírem comportamentos de cidadania, devendo estes gestores tomar medidas para assegurar que o seu pessoal fique consciente que os CCO são importantes. No entanto, esta ideia não deixa de gerar sentimentos contraditórios pois como poderá um gestor sancionar um empregado que apenas não realiza mais do que lhe é pedido?

### **3.4 – ALGUNS ESTUDOS RELATIVOS A CCO**

Tendo em conta a importância que os CCO podem ter no funcionamento das organizações, trazendo flexibilidade à realização de trabalho e capacitando o trabalhador a reagir de modo adequado a situações negativas, vários têm sido os estudos sobre estes comportamentos, alguns dos quais faremos referência a seguir.

Vilela, González e Ferrín (2010) estudaram o autocontrole, a satisfação no trabalho e os CCO, concluindo existência de uma relação positiva, devido ao modo como o autocontrole influencia a satisfação no trabalho.

Polat (2009) também estudou os CCO concluindo que a cortesia, o altruísmo, a virtude cívica, a consciência e o desportivismo compreendem os níveis de CCO.

Park e Yoon (2009) estudaram os CCO, a justiça organizacional e eficácia organizacional, em organizações de Enfermagem concluindo que a justiça organizacional possui efeitos directos nos CCO e estes sobre a satisfação no trabalho e comprometimento organizacional, os quais se reflectem na eficácia organizacional.

Han, Park e Yun (2009) estudaram factores que influenciam os CCO em enfermeiros de hospitais públicos. Os seus resultados indicam que a auto-liderança, capacitação, satisfação no

trabalho, comprometimento organizacional e liderança transaccional contribuem para os CCO.

Wanxian e Weiwu (2006) estudaram a percepção de 349 colaboradores associando concomitantemente as variáveis idade, posição ocupada na empresa e género, associado a dimensões de CCO. Os principais resultados mostram que a idade e a posição se relacionam positivamente com antecedentes de cidadania organizacional, sendo que também o género foi relacionado como predictor significativo de CCO.

Rego (2002a) estudou os climas éticos e CCO, pesquisa que concluiu que quando um elevado grau de auto-interesse é percebido, diminuem os CCO, a reacção de homens e mulheres e de colaboradores fabris e não fabris é diferente ao clima dos lucros.

Também Kidder (2002) analisou a relação entre os CCO e o género. Os resultados desta pesquisa forneceram evidências positivas em relação à influência do género nos CCO, verificando que as mulheres tinham mais comportamentos altruístas, especialmente associadas à profissão de Enfermagem.

Tamayo (1998) estudou valores organizacionais, comprometimento afectivo e satisfação no trabalho e cidadania organizacional chegando à conclusão que existe congruência entre estes três comportamentos organizacionais e os valores organizacionais.

Siqueira (1995) estudou factores psicossociais como antecedentes de CCO concluindo que o elo afectivo com o trabalho e com a organização são maiores quando a percepção positiva do trabalhador com a organização aumenta.

Uma vez que já enquadrámos teoricamente as variáveis consideradas no presente estudo, passaremos agora para a segunda parte do trabalho, o estudo de campo.

## **PARTE II - ESTUDO DE CAMPO**

### **CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

#### **4.1 – ABORDAGEM METODOLÓGICA**

De acordo com o problema apresentado classificamos o estudo como correlacional.

#### **4.2 – DELINEAMENTO DO ESTUDO**

A problemática do CCO tem vindo a ganhar cada vez mais relevo nos estudos efectuados, pela importância que lhe é reconhecida na eficácia organizacional. Deste modo, também ao nível da profissão de Enfermagem este estudo deveria ser desenvolvido, aprofundado e atribuída maior relevância. A SP dos enfermeiros também tem vindo a ser estudada, mas a profissão nos actuais moldes em que se insere ainda tem uma história recente.

Por outro lado, a conjugação destes dois factores (CCO e SP) tem sido pouco desenvolvida, principalmente no que concerne à profissão de Enfermagem.

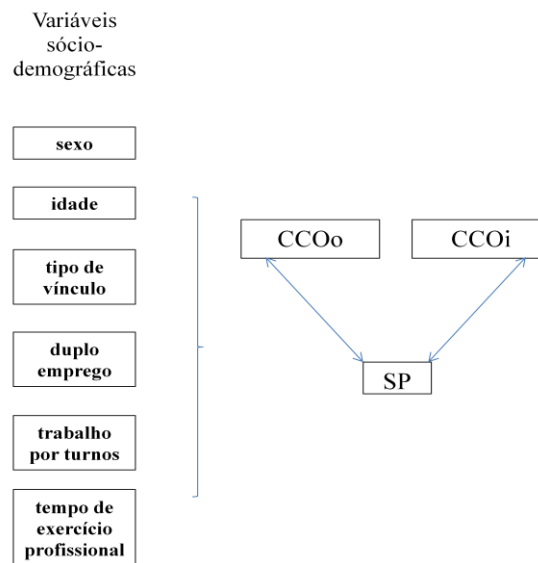
Neste sentido surge o presente trabalho, para que se possa compreender melhor novos e relevantes desafios associados a uma “velha” profissão, por sua vez envolta também em novos contornos na sua estruturação, para que realmente se compreendam e se valorizem mais os enfermeiros no seio de uma organização como peça essencial na sua eficácia.

##### **4.2.1- Principais Hipóteses**

As hipóteses à partida para este estudo são:

- H 1 - As variáveis sócio-demográficas a) **género**, b) **tipo de vínculo**, c) **duplo emprego** d) **trabalho por turnos** e e) **tempo de exercício profissional**, têm influência na **SP**;
- H 2 – As variáveis sócio-demográficas a) **género**, b) **tipo de vínculo**, c) **duplo emprego** d) **trabalho por turnos** e e) **tempo de exercício profissional**, têm influência nos **CCOo** e nos **CCOi**;
- H3 – A **SP** tem influência positiva nos **CCOo** e nos **CCOi**;

Figura nº. 1 – Diagrama de hipóteses



## 4.3 – AMOSTRA E PROCEDIMENTO

### 4.3.1- Amostra

A amostra (n) definida para este estudo são os enfermeiros a desempenhar funções no Hospital da Luz em Lisboa. O método de amostragem que utilizaremos será por conveniência. Colaboraram no estudo 156 enfermeiros.

A maioria pertence ao género feminino ( $n=118$ , 76,0%), enquanto o género masculino se encontra representado por apenas 24,0% ( $n=38$ ) do total.

A média de idades é 29,1 anos ( $dp=5,5$  anos), o sujeito mais novo tem 22 anos e o mais velho 56 anos. O escalão etário mais representativo é o escalão 26-30 anos (53,5%).

No que se refere ao tempo de serviço, um pouco mais de metade da amostra tem 5 ou menos anos de serviço (57,4%). Os enfermeiros com mais de 15 anos de tempo de serviço representam 5,2% da amostra.

A análise da distribuição dos níveis de habilitações indica-nos que a maioria dos enfermeiros (59,0%) apresenta habilitações ao nível da licenciatura. As pós-graduações e os mestrados ou doutoramentos totalizam 31,1%.

A maioria dos enfermeiros inquiridos tem um horário de trabalho a tempo completo (69,2%). Cerca de 27,0% ( $n=42$ ) indicam que têm um horário de trabalho a tempo parcial, sendo que uma percentagem muito elevada (94,2%) indica que trabalha por turnos.

Apenas uma pequena percentagem de 18,1% ( $n=28$ ) dos enfermeiros afirma que não trabalham no serviço onde gostariam de trabalhar.

No que se refere ao vínculo laboral, os contratos individuais de trabalho sem termo abrangem 59,0% do total da amostra e os contratos individuais de trabalho a termo certo abrangem 11,5% deste total. Os enfermeiros que trabalham em regime de prestação de serviço representam 27,6% ( $n=43$ ).

Mais de metade da amostra (68,6%) indica que têm duplo emprego, sendo que 66,7% destes têm um horário de 20h e 17,6% um horário entre as 35 e as 40 horas no segundo emprego.

#### **4.3.2- Procedimento**

Após ter sido pedida autorização à Direcção dos Serviços de Enfermagem do Hospital da Luz, os questionários foram distribuídos no mês de Janeiro de 2012, sendo que se comunicou a todos os chefes de serviço esta mesma distribuição. Foram também incluídos elementos de referência de cada serviço (por fazerem mais turnos de manhãs ou por se encontrarem há mais tempo nos serviços), que acordaram fazer a divulgação dos mesmos junto dos pares. Os questionários foram posteriormente recolhidos na primeira semana de Fevereiro, estando então à disposição da amostra durante cerca de um mês e meio. O questionário foi considerado de fácil entendimento, uma vez que o mesmo foi passado como pré-teste a uma amostra de 20 enfermeiros da mesma instituição, não tendo sido assinaladas ou referidas quaisquer tipo de dificuldades, quer no preenchimento, quer na compreensão dos enunciados. Destinava-se apenas a enfermeiros e foi naturalmente precedido dos objectivos da colheita de dados, do seu carácter voluntário e da garantia de anonimato.

Para terminar a caracterização/procedimento há ainda a referir que para a análise e tratamento de dados foi utilizado o “*Statistical Package for the Social Sciences*” (SPSS), versão 18.0, que permitiu através do tratamento estatístico inferir quanto às relações entre as variáveis estudadas.

### **4.4 – INSTRUMENTOS DE PESQUISA**

#### **4.4.1 – Escala da satisfação profissional**

O instrumento utilizado para avaliar a SP nos enfermeiros neste estudo foi utilizado por Amaro (2005) e por Garrido (2009) e resulta de uma adaptação feita por Quintela e Santos (1996) de um instrumento desenvolvido e adaptado por Paula Stamps (1996) para avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros norte americanos.

Consiste numa escala tipo Likert de 7 “pontos” que variam entre o 1 (“discordo fortemente”) e 7 (“concordo fortemente”) sendo o elemento central o 4 (“não concordo, nem discordo”). A escala é constituída por 42 itens distribuídos por 7 dimensões ou sub-escalas (quadro nº. 1).

As sub-escalas que constituem a escala da SP são as “condições de trabalho” (caracteriza-se pela valorização das condições de trabalho, pela relação tempo disponível/produktividade e pela eficiência organizacional/satisfação das necessidades dos utentes); a “remuneração” (traduz o grau de satisfação com o salário auferido e com as remunerações suplementares, pela relação existente entre produtividade e salário e pela percepção individual de justiça inerente ao salário); a “relação com os superiores” (tem a ver com a percepção de cada indivíduo perante a sua supervisão, pelos relacionamentos na hierarquia da empresa, pelo tipo, forma e autonomia na tomada de decisão e pela percepção de justiça no salário dos outros); as “considerações profissionais” (respeitam à organização do trabalho, auto-estima e autonomia profissionais, pela gestão adequada de recursos e pelas oportunidades de participação na gestão); as “posições sócio-profissionais” (caracterizam-se pelo tipo de relação profissional entre enfermeiro e médico e entre médico e enfermeiro, pela identidade profissional e pela representação sócio-profissional da profissão de Enfermagem); a “realização profissional” (caracteriza-se pelo desenvolvimento pessoal e profissional, pela satisfação na função e pelo estatuto profissional);

Após o preenchimento da escala, os totais obtidos são convertidos numa escala de não satisfação/satisfação, que resulta do quociente entre os totais parciais de cada dimensão, obtidos na totalidade dos questionários e o número de itens de cada dimensão, conforme ilustrado no quadro nº. 2.

Quadro nº. 1 – Sub-escalas da escala da Satisfação Profissional

Sub-escala	Itens correspondentes
Condições de Trabalho	4*, 9, 11*, 27*, 30*, 32*
Remuneração	1, 8, 14, 20*, 24*, 40*
Relação com os superiores	7*, 12*, 13*, 26*, 38, 39
Clima emocional	3, 10*, 16, 28, 31*, 36*
Considerações profissionais	5, 15, 19*, 22, 23, 33
Posição sócio-profissional	6*, 18, 29, 39, 35, 37*
Realização profissional	2, 17, 21, 25*, 41, 42

\*= itens a operacionalizar de forma invertida

Quadro nº. 2 – Correlação não satisfação/satisfação

Não satisfação	Satisfação
1-2=Forte	4-5=Fraca
2-3=Moderada	5-6= Moderada
3-4=Fraca	6-7=Forte

#### 4.4.2 – Escala dos comportamentos de cidadania organizacional em contexto hospitalar

A construção do instrumento de avaliação dos CCO foi realizada por Gaspar e Jesuíno (2009) através de uma análise de conteúdo resultante de respostas fornecidas por chefias operacionais de enfermagem e gestores ao nível estratégico, em entrevista exploratória, que descreveram comportamentos dos seus colaboradores enfermeiros, em pelo menos três situações, susceptíveis de serem considerados e reconhecidos pelos próprios como comportamentos de cidadania organizacional e, desta análise, surgiram 70 situações que deram origem a 3 áreas: 1) Relação com a organização e supervisor directo (enfermeiro chefe); 2) Relação com os colegas (pares) e outros profissionais; 3) Relação com o cliente.

O instrumento foi submetido a uma amostra de conveniência de enfermeiros com mais de dois anos de experiência profissional, provenientes da Região de Saúde de Lisboa que se encontravam em contexto de formação (Curso de Complemento de Formação em Enfermagem) em escolas superiores de Enfermagem de Lisboa.

Posteriormente os autores consultaram peritos na área que ajudaram na selecção dos itens que pertenciam à categoria papel e extra-papel do qual resultou o questionário final de 35 itens com uma consistência interna de 0.90. Estes 35 itens estão organizados em 10 factores (ver quadro n.º 3).

Posteriormente foi validada por análise factorial confirmatória, uma estrutura que permitisse agregar os comportamentos dirigidos às pessoas (CCO-I) e à organização (CCO-O). Assim, na primeira categoria reuniram-se os factores: comportamentos voluntários dirigidos ao cliente e família (F1); capacidade gestão de conflitos–harmonia (F5); desenvolvimento pessoal (F6); orientação para o cliente na interacção enfermeiro-cliente-família (F7); ajuda e disponibilidade dirigida aos colegas (F9) e, na segunda categoria, ficaram agregados os factores: identificação com a organização (F2); respeito pelo património e ambiente de trabalho (F3); comportamentos de disponibilidade dirigidos à organização (F4); inovação (F8); participação (F10), factores estes que vêm na linha dos encontrados em outros estudos já desenvolvidos com este instrumento (Gaspar & Jesuíno, 2009) citando Smith Organ e Near,

1983; Podasakoff e Mackenzie, 1988); A consistência interna dos CCO-I e CCO-O, foi elevada, com valores de 0.87 e 0.82, respectivamente, pelo que se revelou de sucesso o desenvolvimento de um instrumento para medir os CCO dos enfermeiros em ambiente hospitalar.

Quadro nº.3 – Factores da escala de avaliação dos CCO

Factores de CCO	Itens da escala
F1 – Comportamentos voluntários cliente família	26; 27; 28; 29;
F2 – Identificação com a organização	1; 2; 3; 4;
F3- Respeito pelo património e ambiente de trabalho	5; 6; 7; 8; 9;
F4 – Comportamentos de ajuda (disponibilidade para a organização)	12; 13; 17;
F5 – Capacidade para lidar com conflitos	21; 22; 23;
F6 – Auto-formação desenvolvimento pessoal	24; 25;
F7 – Orientação para o cliente	30; 31; 32; 33; 34; 35;
F8 – Inovação	10; 11;
F9 – Comportamentos de ajuda (disponibilidade para os colegas)	18; 19; 20;
F10 – Participação	14; 15; 16;

Adaptado pelos autores de Gaspar & Jesuíno, 2009.



## **CAPÍTULO 5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 - ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

#### **5.1.1 – Consistência interna**

Segundo Pestana e Gageiro (2000:415) a consistência interna dos factores define-se como “(...) a proporção da variabilidade nas respostas, que resulta de diferenças nos inquiridos. Isto é, as respostas diferem não porque o inquérito seja confuso mas porque os inquiridos têm diferentes opiniões”. Varia entre 0 e 1, considerando-se como indicador de boa consistência interna ser superior a 0,8, embora se superior 0,7 já se possa considerar adequado para avaliar a variável em estudo. A consistência interna dos instrumentos utilizados na nossa investigação foi então analisada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach. Os valores de consistência interna encontrados para a escala da SP variam entre 0,622 (fraco) na subescala de “relação com os superiores” e 0,744 (razoável) na subescala de “clima emocional”. O valor global de consistência interna é de 0,865 o que mais uma vez nos permite dizer que o instrumento tem uma boa consistência interna por ser superior a 0,8 (ver tabela nº 1).

Tabela nº. 1 – Consistência interna da escala da SP

	Alpha de Cronbach	N of Items
Condições de trabalho	,629	6
Remuneração	,681	6
Relação com os superiores	,622	6
Clima emocional	,744	6
Considerações profissionais	,591	6
Posição socioprofissional	,590	6
Realização profissional	,690	6
<b><i>Satisfação Profissional</i></b>	<b>,865</b>	<b>42</b>

Os valores de consistência interna encontrados para a escala dos CCO variam entre 0,612 (fraco) na subescala “autoformação e desenvolvimento pessoal” e 0,817 (bom) na subescala de “comportamentos voluntários cliente/família”. Para os CCOo e para os CCOi os valores encontrados são de 0,878 e 0,874, respectivamente (ver tabela nº. 2).

Tabela nº. 2 – Consistência interna da escala dos CCO

	Alpha de Cronbach	N of Items
Comportamentos voluntários cliente/família	,817	4
Identificação com a organização	,855	4
Respeito pelo património e ambiente de trabalho	,710	5
Comportamentos de ajuda (organização)	,729	3
Capacidade para lidar com conflitos	,803	3
Autoformação e desenvolvimento pessoal	,612	2
Orientação para o cliente	,764	6
Inovação	,665	2
Comportamentos de ajuda (colegas)	,645	3
Participação	,744	3
<i>Comportamento Cidadania dirigidos Organização</i>	,878	17
<i>Comportamento Cidadania dirigidos às pessoas</i>	,874	18

## 5.2 – DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.2.1 – Estatística descritiva

Calculamos também as médias, os desvios padrão e os valores mínimos e máximos obtidos para os diferentes instrumentos utilizados.

No que respeita às estatísticas descritivas para a escala da SP observamos que o valor médio mais baixo corresponde à subescala “remuneração” ( $M=3,25$   $dp=0,71$ ) e o valor médio mais alto corresponde à subescala “realização” ( $M=5,69$   $dp=0,88$ ). Relativamente à SP o valor médio obtido é de 4,40 ( $dp=0,59$ ).

Importa ainda referir a homogeneidade dos valores médios, com desvios-padrão a oscilar entre os 0,59 e os 1,08 (ver tabela nº. 3).

Tabela nº. 3 – Estatísticas descritivas “SP”

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Condições de trabalho	1,33	6,00	3,38	0,98
Remuneração	2,00	5,50	3,25	0,71
Relação com os superiores	2,17	6,67	4,56	1,00
Clima emocional	1,67	7,00	4,77	1,08
Considerações profissionais	2,17	6,50	4,80	0,83
Posição socioprofissional	2,33	6,83	5,16	0,82
Realização profissional	1,33	7,00	5,69	0,88
<i>Satisfação Profissional</i>	2,45	5,81	4,40	0,59

Os valores médios mais baixos obtidos na escala dos CCO dizem respeito à “auto-formação e desenvolvimento pessoal” ( $M= 3,45$   $dp = 1,01$ ), “comportamentos de ajuda para a organização” ( $M= 3,61$   $dp=0,76$ ) e “participação”. Os valores médios mais altos correspondem ao “respeito pelo património e ambiente de trabalho” ( $M=4,35$   $dp=0,45$ ) e aos “comportamentos de ajuda para os colegas” ( $M=4,23$   $dp=0,63$ ). Os CCOo e os CCOi apresentam, respectivamente, valores médios próximos de 3,93 ( $dp=0,49$ ) e 3,88 ( $dp=0,51$ ). Também nesta escala fazemos referência à homogeneidade dos valores médios, com desvios-padrão a oscilar entre os 0,45 e 1,01.

Tabela nº. 4 – Estatísticas descritivas “CCO”

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Comportamentos voluntários cliente/família	1,00	5,75	3,97	0,72
Identificação com a organização	2,50	5,00	4,03	0,66
Respeito pelo património e ambiente de trabalho	3,00	5,00	4,35	0,45
Comportamentos de ajuda (organização)	1,67	5,00	3,61	0,76
Capacidade para lidar com conflitos	2,33	5,00	3,89	0,62
Auto-formação e desenvolvimento pessoal	1,00	5,00	3,45	1,01
Orientação para o cliente	2,17	5,33	3,84	0,59
Inovação	2,00	5,50	4,06	0,75
Comportamentos de ajuda (colegas)	2,00	5,00	4,23	0,63
Participação	1,33	5,00	3,61	0,73
<i>Comportamento Cidadania dirigidos Organização</i>	2,60	4,96	3,93	0,49
<i>Comportamento Cidadania dirigidos às pessoas</i>	2,48	5,00	3,88	0,51

## 5.2 – Análise das hipóteses formuladas

Para se proceder à análise das hipóteses formuladas foi utilizada a regressão linear múltipla e o teste de correlação de Pearson.

A regressão linear foi utilizada, pois é objectivo deste trabalho compreender a relação de várias variáveis sócio-demográficas os CCO e a SP. Assim, através da análise do teste F é-nos permitido extrapolar os resultados da amostra para o universo, sendo que quando o nível de significância for inferior a 0.05, rejeita-se a hipótese nula.

Para se proceder à análise entre as variáveis CCOo, CCOi e SP, onde se pretende saber se existe ou não correlação estatisticamente significativa e qual o sentido dessa correlação, foi utilizada a correlação de Pearson, normalmente designado por “ $r$ ” de Pearson. Esta técnica estatística permite conhecer a medida de associação linear entre duas variáveis quantitativas, assumindo que os dados provêm de uma associação normal.

As variáveis qualitativas foram categorizadas em variáveis *dummy* e a respectiva categoria de referência encontra-se devidamente assinalada. Foram considerados como significativos os coeficientes de regressão com um nível de significância ( $\alpha$ )  $\leq 0,05$  e, devidamente assinalados, os de significância ( $\alpha$ )  $\leq 0,10$ . A variável idade foi excluída de todas as análises pois apresenta uma correlação muito elevada com a variável tempo de serviço (multicolinearidade).

**- Hipótese 1** – As variáveis sócio-demográficas a) **género**, b) **tipo de vínculo**, c) **duplo emprego** d) **trabalho por turnos** e e) **tempo de exercício profissional**, têm influência na SP.

- O modelo da “satisfação profissional” explica 7,1% da variância total e não é estatisticamente significativo,  $F(6,147)=1,880$ ,  $p=0,088$ . A regressão linear permitiu identificar a variável “contrato individual de trabalho (CIT) sem termo certo” ( $\beta=-0,055$ ,  $t(151)=-2,224$ ,  $p=0,028$ ) como preditor significativo da “satisfação profissional” (ver tabelas nº. 5, 6 e 7).

Tabela nº. 5 – Sumário do modelo “satisfação profissional”

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,267	,071	,033	,58969

Tabela nº. 6 - Significância do modelo “satisfação profissional”

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,923	6	,654	1,880	,088
	Residual	51,117	147	,348		
	Total	55,040	153			

Tabela nº. 7 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e “satisfação profissional”

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	
		B	Std. Error	Beta	t
1	(Constante)	5,036	,263		19,181
	CIT sem termo	-,244	,110	-,200	-2,224

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,10$

**- Hipótese 2 - As variáveis sócio-demográficas (género, idade, tipo de vínculo, duplo emprego, trabalho por turnos e tempo de exercício profissional) têm influência nos comportamentos de cidadania dirigidos à organização (CCOo) e nos comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas (CCOi).**

- O modelo dos “comportamentos de cidadania dirigidos à organização” explica 5,8% da variância total e não é estatisticamente significativo,  $F(6,145) = 1,483$ ,  $p=0,188$ . A regressão linear permitiu identificar as variáveis “CIT sem termo certo” ( $\beta=0,275$ ,  $t(149) = 1,845$ ,  $p=0,067$ ) e “CIT com termo certo” ( $\beta=0,275$ ,  $t(149) = 1,849$ ,  $p = 0,066$ ) como preditores significativos dos “comportamentos de cidadania dirigidos à organização” (ver tabelas nº. 8, 9 e 10).

Tabela nº. 8 – Sumário do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos à organização”

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,240 <sup>a</sup>	,058	,019	,49137

Tabela nº. 9 - Significância do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos à organização”

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2,148	6	,358	1,483	,188
	Residual	35,010	145	,241		
	Total	37,158	151			

Tabela nº. 10 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e “comportamentos de cidadania dirigidos à organização”

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	
		B	Std. Error	Beta	t
1	(Constante)	3,797	,221		17,166
	CIT sem termo	,171	,093	,170	1,845
	CIT termo Certo	,275	,149	,175	1,849

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,10$

- O modelo dos “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas” explica 14,5% da variância total e não é estatisticamente significativo,  $F(6,145) = 4,112$ ,  $p=0,001$ . A regressão linear permitiu identificar as variáveis “duplo emprego” ( $\beta=0,281$ ,  $t(149) = 2,960$ ,  $p= 0,004$ ), “CIT sem termo certo” ( $\beta=0,252$ ,  $t(149) = 2,740$ ,  $p=0,007$ ), “CIT com termo certo” ( $\beta=0,361$ ,  $t(149) = 2,438$ ,  $p = 0,016$ ) e “tempo de serviço” ( $\beta=0,022$ ,  $t(149) = 2,782$ ,  $p= 0,006$ ) como preditores significativos dos “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas” (ver tabelas nº. 11, 12 e 13).

Tabela nº. 11 – Sumário do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas”

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,381	,145	,110	,48887

Tabela nº. 12 - Significância do modelo “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas”

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5,897	6	,983	4,112	,001
	Residual	34,654	145	,239		
	Total	40,550	151			

Tabela nº. 13 - Resultado obtido da análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e “comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas”

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	
		B	Std. Error	Beta	t
1	(Constante)	3,431	,220		15,592
	Duplo emprego (sim)	,281	,095	,249	2,960
	CIT sem termo	,252	,092	,240	2,740
	CIT termo Certo	,361	,148	,220	2,438
	Tempo de serviço	,022	,008	,232	2,782

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,10$

### **- Hipótese 3 – Os comportamentos de cidadania dirigidos à organização ou às pessoas têm influência na satisfação com o trabalho.**

O coeficiente de correlação entre os comportamentos de cidadania dirigidos à organização e a satisfação profissional é significativo, positivo e fraco ( $r=0,290$ ).

Já o coeficiente correlação entre os comportamentos de cidadania dirigidos às pessoas e à satisfação profissional é não significativo, positivo e muito fraco ( $r=0,085$ ) (ver tabela nº. 14).

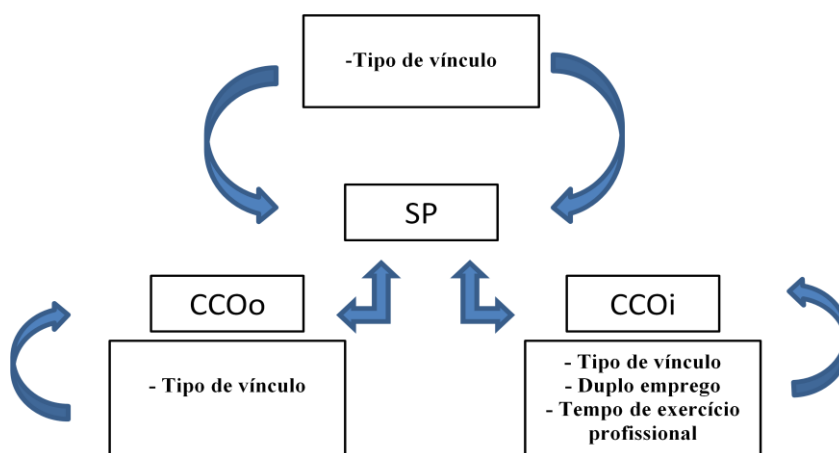
Tabela nº. 14 – Coeficientes de correlação

	Satisfação com o trabalho
CCO Organização	,290**
CCO Pessoas	,085

\*\*  $p \leq 0,05$

Analizadas que estão as hipóteses definidas para o presente estudo, construímos um diagrama que sintetiza as principais relações encontradas entre as variáveis estudadas.

Figura nº. 2 – Diagrama final de resultados



### 5.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No nosso estudo começamos por analisar a relação existente entre variáveis de natureza sócio-demográfica, a SP e os CCO sendo que, posteriormente, analisámos as relações existentes entre a SP e os CCO, com a intenção de darmos resposta ao objectivo inicial do nosso trabalho e de analisar as hipóteses formuladas.

A SP média, por nós obtida, vai de encontro aos resultados da bibliografia consultada. Amaro (2007) e Garrido (2009) obtiveram valores médios para a SP de 4,68 e 4,13 (respectivamente) enquanto que no nosso estudo obtivemos valores médios de 4,40 pelo que também nos é permitido afirmar que a amostra estudada possui valores moderados de SP.

No estudo de Amaro (2007) e de Garrido (2009) a subescala mais valorizada pelos enfermeiros foi a subescala “realização” (M=5,14), e as subescalas menos valorizadas foram a “remuneração” e as “condições de trabalho”, respectivamente para os autores referidos. Na nossa amostra também a subescala menos valorizada pelos enfermeiros foi a “remuneração” (M=3,25) e a mais valorizada a “realização pessoal” (M= 5,69), pelo que podemos afirmar

que a realização profissional é a característica à qual os enfermeiros dão mais relevo, indo ao encontro de autores como Maslow (1970) que a coloca no topo das necessidades, sendo mesmo das mais importantes e difíceis de alcançar. As necessidades de auto-realização, definidas por Maslow, situam-se no topo da hierarquia sendo as necessidades que cada pessoa tem para realizar o seu próprio potencial e de se auto-desenvolver continuamente. Também a teoria dos dois factores de Herzberg (Herzberg, Mausner, & Snyderman, 1993) reforça os nossos resultados. Valores mais baixos obtidos dizem respeito a condições de trabalho, remuneração e relação com os superiores (factores higiénicos) e os valores mais altos foram obtidos na realização profissional e considerações profissionais (factores motivacionais). McClelland (1965) também considera a necessidade de realização essencial para a motivação profissional, referindo que indivíduos com elevada necessidade de realização tendem a procurar a excelência e o sucesso, tentando alcançar a realização pessoal através dos seus desempenhos. Estes indivíduos colocam muitas vezes a si próprios objectivos muito exigentes no entanto calculados de acordo com as suas capacidades. No que respeita às necessidades de poder os indivíduos tendem a exercer forte influência e controle no comportamento dos outros, valorizando o seu prestígio e estatuto pessoal, em detrimento de um desempenho profissional eficaz e satisfatório. A necessidade de afiliação parece motivar o comportamento profissional dos indivíduos, sendo que os mais motivados tendem a adoptar comportamentos de cooperação em detrimento dos menos motivados que procuram mais situações de competitividade. As teorias da discrepância sugerem-nos que quanto maior for a diferença entre aquilo que o indivíduo pretende alcançar e aquilo que realmente consegue obter, menor será a sua SP. Queirós (2005) também concluiu a existência de correlação significativa e negativa entre SP e a realização pessoal. Segundo Amaro (2005), também Vroom (1964) dá ênfase à relação entre o desempenho/recompensa e entre a relação recompensa/objectivos pessoais, não especificando no entanto o tipo de recompensa. Na sua teoria cognitivista este autor pressupõe que o empenho que cada indivíduo despende para atingir determinado objectivo é proporcionalmente directo à expectativa que o indivíduo tem nesse objectivo e o seu grau de atractividade. Por outro lado, esta motivação será maior quanto maior for a recompensa em alcançar esse objectivo, tendo então influência directa na SP desse trabalhador.

Os CCO médios por nós encontrados foram de 3,93 para os CCOo e de 3,88 para os CCOi, o que vai de encontro à bibliografia consultada nomeadamente por Gaspar (2005) que obteve valores de 3,81 para os CCOo e de 3,79 para os CCOi, o que nos permite inferir que na nossa amostra existem valores ligeiramente acima da média no que concerne a estas variáveis, ou



seja, que os enfermeiros adoptam com frequência CCO. De salientar que os valores médios de CCOo, quer na nossa amostra quer no estudo de Gaspar (2009), são superiores aos de CCOi, o que não deixa de surpreender pela característica de ajuda às pessoas vinculada à própria definição de Enfermagem.

As subescalas mais valorizadas pelos enfermeiros foram o “respeito pelo património e ambiente de trabalho” (M=4,35) e “os “comportamentos de ajuda” (M= 4,23) e as menos valorizada foram a “autoformação e desenvolvimento pessoal” (M= 3,45) e os “comportamentos de ajuda para a organização” (M=3,61), sendo que poderíamos dizer que os enfermeiros valorizam mais o ambiente de trabalho e a relação com os colegas do que acções que visem ajudar a organização, quer directamente quer através da autoformação e desenvolvimento pessoal.

As variáveis sócio-demográficas que relacionamos no nosso estudo com a SP e com os CCO foram o “género”, o “duplo emprego”, o “trabalho por turnos”, o “tempo de exercício profissional” e o “tipo de vínculo”.

No estudo realizado por Garrido (2010) a variável SP apenas era influenciada pelo tipo de serviço no qual os enfermeiros trabalham e, mesmo considerando as diferentes subescalas, era esta a variável sócio-demográfica que mais interferia com a SP. No nosso estudo a variável sócio-demográfica que mais vezes se relaciona com a SP é o tipo de vínculo que os enfermeiros possuem com a instituição, sendo que os enfermeiros com CIT sem termo certo, quando comparados com os enfermeiros com contratos de prestação de serviços têm valores significativamente mais baixos na SP. Siqueira e Gomide (2004), no que se refere ao envolvimento no trabalho, também apontam que grande ênfase tem sido dada pelos enfermeiros no que respeita ao seu vínculo laboral.

Ferreira (2011) encontrou significado estatístico envolvendo a variável tipo de vínculo e SP. Esta autora verificou também que a SP dos enfermeiros depende do tipo de horário, do facto de os enfermeiros desempenharem funções de gestão ou de chefia no seu local de trabalho e da idade, facto que não verificamos no nosso trabalho à excepção do trabalho por turnos que se comprovou não ter significado estatístico no que respeita à SP. Esta autora constatou também que a SP não depende do facto de os enfermeiros terem ou não especialidade, das habilitações académicas, do sexo e da situação familiar, facto que corrobora alguns dos nossos resultados, nomeadamente no que concerne ao género. A mesma autora verificou ainda que os enfermeiros com CIT sem termo eram os que registaram valores de satisfação mais baixos, situação também por nós identificada. Verifica-se que, o facto de se ter um contrato de trabalho sem termo, que pressupõe uma estabilidade profissional, não está por si só associado à SP, sendo que muitos outros factores devem ser considerados para que os profissionais com

este tipo de vínculo se sintam mais satisfeitos relativamente aos profissionais com outros tipos de vínculo. Graça (1987:22) defende que o que liga o trabalhador à empresa não é somente um contrato jurídico, mas também psicológico, ou seja, o trabalhador espera satisfazer algumas necessidades, sentir-se respeitado, sentir-se responsável, reconhecido e apreciado, enfim, sentir um certo nível de realização profissional e humana, em suma o trabalhador espera que os resultados estejam de acordo com as expectativas, o que de certo modo poderá justificar os nossos resultados.

Reportando-se à SP global Ferreira (2011) identificou também o tipo de horário e o tempo de serviço como seus preditores, justificando, mais uma vez, em parte, os nossos resultados, uma vez que apenas obtivemos relação significativa com o tipo de vínculo. Foi identificado por esta autora que os enfermeiros com mais tempo de profissão eram aqueles com menor SP, o que corroborava MacRobert et al. (1993), onde os enfermeiros com mais anos de serviço e experiência profissional apresentam níveis de motivação mais baixos, facto que apenas comprovamos para algumas das subescalas da SP e não para o seu valor total.

Relativamente ao tipo de horário esta autora verificou que os inquiridos com horário de trabalho por turnos demonstraram estar mais satisfeitos, o que vai de encontro com o sustentado por Butler e Parsons (1989), que verificaram no seu estudo que um horário de trabalho flexível é promotor de SP, facto que não se verificou no nosso trabalho, provavelmente pela diferença óbvia entre trabalho flexível e o trabalho por turnos (variável por nós considerada). Vários autores têm identificado agentes específicos de stresse relacionados com reacções adversas ao trabalho em contexto hospitalar, como por exemplo: a sobrecarga de trabalho (físico e mental), insegurança no trabalho e inadequação das capacidades do indivíduo ao trabalho, ambiguidade de papéis, trabalhar em domínio desconhecidos, não participação nas decisões ou planeamento, recursos inadequados, ambições não satisfeitas, conflitos interpessoais e mudanças tecnológicas (Greenberg, 1987), sendo que esta constatação pode ir de encontro às diferentes relações estatísticas identificadas. Kandolin (1993), num estudo realizado em profissionais de saúde que têm o horário por turnos, havia encontrado relação significativa entre este e a satisfação no trabalho, facto que, como já tivemos oportunidade de referir, não constatamos no nosso estudo. Também não foram identificadas relações significativas entre as restantes variáveis sócio-demográficas consideradas e a SP, provavelmente dados os escassos estudos encontrados nesta área, talvez por a Enfermagem sempre ter sido vista como uma profissão vocacional sem grande propensão à insatisfação.

Tavares (2008) encontrou relação entre o género e a SP facto que também não se comprovou no nosso estudo, referido aquele autor que a satisfação com a qualidade do hospital na

prestação de cuidados e com a melhoria contínua da qualidade depende do género, sendo os homens os que se revelaram mais satisfeitos.

Outros estudos contemplados na nossa revisão da literatura mostram também que enfermeiros de uma dada instituição cujas condições salariais e normas de trabalho são semelhantes apresentam também graus de SP muito semelhantes. Também as características dos doentes a quem os enfermeiros prestam cuidados podem ter influência na SP, como por exemplo no caso de pacientes psiquiátricos ou cirúrgicos, cujas necessidades apresentadas são muitas vezes diferentes (Kelly, 1985; Campbell, 1986; Hale, 1986) o que também vai de encontro ao estudo de Garrido (2009) que encontrou relação entre o tipo de serviço e a SP, factos que no entanto não trabalhamos no nosso estudo.

Em suma os enfermeiros parecem estar mais satisfeitos com os aspectos intrínsecos do seu trabalho, tais como reconhecimento, responsabilidade e autonomia. Os extrínsecos que apareceram como maiores causadores de insatisfação são o nível salarial, a qualidade da supervisão, o relacionamento com a equipa de trabalho e as condições de trabalho (Kelly, 1985; Campbell, 1986; Hale, 1986).

A análise estatística entre as variáveis sócio-demográficas e os CCO permitiu-nos verificar que, mais uma vez, o “tipo de vínculo” interfere com significância estatística nos CCOo e nos CCOi, sendo que estes CCOi são ainda influenciados pelas variáveis duplo emprego e tempo de exercício profissional.

De acordo com a bibliografia consultada encontramos factores que tendem a aumentar os níveis de exposição aos CCO como: sentimentos agradáveis sobre o local de trabalho, o apoio, a igualdade, a satisfação no trabalho, a lealdade à organização, a confiança organizacional, a equidade organizacional, a identidade organizacional, a percepção de salário satisfatório, o interesse pela organização, o sentimento de responsabilidade social e o aumento da motivação (Polat, 2009), não sendo feita, no entanto, referência ao tipo de vínculo, ao tempo de exercício profissional, ao duplo emprego e ao género, variáveis que nós consideramos e para as quais não encontramos bibliografia que corroborasse os nossos resultados. No entanto, podemos utilizar analogias meramente empíricas no que respeita ao tipo de vínculo, se o considerarmos como parte da equidade organizacional onde sabemos pela amostra considerada, existirem diferentes tipos de vínculo na instituição onde foi desenvolvido o estudo, nomeadamente com a existência de vínculos estáveis em contraste com regimes como a prestação de serviços, o que pode influir nos CCO. Também poderíamos relacionar a percepção de salário satisfatório com o tempo de exercício profissional, uma vez que provavelmente os enfermeiros mais velhos pensariam estar numa situação remuneratória

mais vantajosa, situação que não se verifica pela indefinição institucional de carreira e pela revisão em baixa do valor pago pelas horas de trabalho nocturno.

Kidder (2002) analisou a relação entre os CCO e o género. Os resultados desta pesquisa forneceram evidências de influência do género e CCO. Wanxian e Weiwu (2006) estudaram a percepção de 349 colaboradores associando concomitantemente as variáveis idade, posição ocupada na empresa e género, associado a dimensões de CCO. Os principais resultados mostram que a idade e a posição se relacionam positivamente com antecedentes de cidadania organizacional, sendo que também o género foi relacionado como preditor significativo de CCO, resultados que, mais uma vez não se verificaram na nossa amostra no que respeita ao género, no entanto, tal como fizemos referência na metodologia, a variável idade e tempo de exercício profissional tinham na nossa amostra uma correlação muito forte pelo que podemos afirmar que estes resultados corroboram os nossos de forte ligação entre o tempo de exercício profissional e os CCO.

Justificamos o facto de não encontrarmos explicação para todas as variáveis que consideramos em autores como Kark e Waismel (2005) que afirmam existir escassez de trabalhos que pesquisem concomitantemente género e cidadania organizacional, enquanto que Foote e Tang (2008) referem existir carência de estudos analisando CCO em equipas profissionais, sendo que esta temática assume uma relevância ainda maior no contexto das instituições de saúde onde a Enfermagem se insere (Lopes, Meyer & Waldow, 1998), tendo esta profissão passado por inúmeras transformações estruturais e tecnologias que exigem aos profissionais um conjunto de habilidades, de capacitação técnica, de aquisição de novos conceitos, atitudes e visão crítica das responsabilidades sociais e cooperação dentro e fora do ambiente de trabalho (Castilho, 2000).

Por fim analisamos a relação existente entre os CCOo e CCOi e a SP. Tal como se esperava existe uma correlação positivas entre estes conceitos, ou seja à medida da existência de valores elevados de SP, existe uma resposta do enfermeiro com valores elevados de CCOo e CCOi.

Na revisão da literatura efectuada encontram-se inúmeros autores que estudaram a relação entre SP e CCO sendo que todos eles referem existir relação positiva entre os conceitos (Vilela, González & Ferrín, 2010; Polat, 2009; Park & Yoon, 2009; Han, Park & Yun, 2009; Pina & Cunha et al., 2007; Wanxian & Weiwu, 2006; Rego, 2002; Robbins, 2004; Tamayo, 1998; Siqueira, 1995);

Chiaburu e Byrne (2009) confirmaram que o comprometimento no trabalho e satisfação SP são preditores de CCO.

Dela Coleta (2005), encontrou uma correlação positiva entre o bem-estar subjectivo e a SP num estudo efectuado com adultos não estudantes onde também estabeleceu relação entre a felicidade e a existência de SP. Empiricamente percebe-se que quanto mais feliz, satisfeita e realizada uma pessoa se sente com o seu trabalho, maiores serão as probabilidades desta pessoa ter elevados índices de bem-estar, ou seja, como que de um ciclo se tratasse, quanto mais satisfeito o enfermeiro se sentir com o seu trabalho, melhores condições terá para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade e maior motivação sentirá para o desempenho das suas funções, levando a um maior envolvimento e comprometimento com a instituição onde desempenha funções, o que contribuirá para os seus CCO, bem como afectando directamente a produtividade e a estabilidade da própria organização (Siqueira, 2008).

De acordo com Robbins (2004) a SP parece ser o principal responsável pelo desenvolvimento de CCO, uma vez que funcionários mais satisfeitos têm uma maior propensão em trabalhar em prol da organização.

Segundo Pina e Cunha et al. (2007:317), existem alguns antecedentes de comportamentos de cidadania como a satisfação (as pessoas mais satisfeitas com o trabalho, a organização e as suas chefias tendem a desenvolver mais actos de lealdade organizacional); percepção de justiça; confiança; empenhamento organizacional; Também são importantes para estes autores características individuais potencialmente influenciadoras da prática CCO, tais como: conscienciosidade, propensão para a confiança, orientação para o colectivo; auto-estima; e profissionalismo.

Tal como na nossa amostra, também Vilela, González e Ferrín (2010), que estudaram a satisfação no trabalho e os CCO, concluindo existência de uma relação positiva entre estes conceitos. Park e Yoon (2009) estudaram os CCO, a justiça organizacional e eficácia organizacional, em organizações de enfermagem concluindo que a justiça organizacional possui efeitos directos nos CCO, e estes sobre a satisfação no trabalho e comprometimento organizacional, os quais se reflectem na eficácia organizacional. Han, Park e Yun (2009) estudaram factores que influenciam os CCO em enfermeiros de hospitais públicos demonstrando que entre outros, a satisfação no trabalho contribui para os CCO. Tamayo (1998) estudou valores organizacionais, comprometimento afectivo, satisfação no trabalho e cidadania organizacional chegando à conclusão que existe congruência entre estes três comportamentos organizacionais e os valores organizacionais. Também Gaspar (2005) refere que a satisfação no trabalho tem sido referida como uma das mais importantes preditoras dos CCO. A mesma autora referindo-se a Organ (1997) considera que a origem da investigação dos CCO evoluiu com base na hipótese da existência de uma relação directa entre estes

comportamentos e os CCO. Ainda a mesma autora referindo-se a Bateman e Organ (1983) afirma que estes autores encontraram correlações positivas entre os CCO e a SP.

Tal como já havíamos feito menção, optamos também por fazer referência à teoria de King pois, apesar de as teorias apresentadas se sustentarem a si próprias, este modelo concentra, explica e enquadra muitos dos resultados por nós obtidos.

King desenvolveu a sua teoria com base em conceitos a partir do ponto central que é o alcance de objectivos de saúde para o cliente. Para esta autora esta situação só pode acontecer através da interacção e transacção entre o enfermeiro e cliente, numa organização formada pelos sistemas pessoais, sistemas interpessoais e sistemas sociais (Moura & Pagliuca, 2004). A meta global dos enfermeiros é promover a saúde e prevenir a doença. Os enfermeiros e os clientes são seres humanos reactivos que interagem em situações específicas para alcançar propósitos específicos. King utilizou uma abordagem à teoria dos sistemas no desenvolvimento da sua Teoria de Consecução de Objectivos. Esses sistemas designam transacções humanas em diferentes tipos de ambientes e não à fragmentação dos seres humanos e do seu ambiente.

O sistema pessoal é compreendido por um indivíduo num determinado ambiente, o sistema interpessoal é formado pelo agrupamento de indivíduos em díade (enfermeiro-cliente) tríade (enfermeiro - cliente - família) e em pequenos e grandes grupos (comunidade) e o sistema social é um sistema organizado de papéis sociais, comportamentos e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos de regulação das reacções. Contempla a organização, que é a forma pela qual as actividades contínuas são administradas para alcançar metas. O entendimento da estrutura organizacional ajuda os enfermeiros na identificação e na gestão de conflitos entre a organização e os seus papéis e funções profissionais (Moreira e Araújo, 2002; Moura & Pagliuca, 2004; Sieloff, 2004).

King (1989) considera os enfermeiros como elementos centrais do sistema, sugerindo que se pense nestes profissionais como indivíduos, assim como nos clientes também como indivíduos, sendo ambos parte central dos cuidados de Enfermagem. Esta autora refere ainda que os enfermeiros são a “chave” de todos os recursos humanos nos serviços de saúde, justificando a importância que reconhecemos a esta classe.

O trabalho de King providencia uma estrutura para as chefias de Enfermagem observarem as relações entre os enfermeiros, os cuidados e os clientes e a organização (King, 1989). Avaliar a qualidade dos cuidados de Enfermagem é uma das principais funções dos chefes e relaciona-se directamente com um aspecto central na prática de Enfermagem: o controlo de qualidade (King, 1989). Os cuidados de Enfermagem deverão ser eficazes para os clientes e

eficientes para a instituição, sendo que este “controlo” é realizado através das avaliações de desempenho. Se os líderes em Enfermagem utilizarem esta teoria, criada por uma enfermeira para enfermeiros, para organizar os cuidados, a tomada de decisões é facilitada, bem como a gestão de recursos para alcançar cuidados de Enfermagem de qualidade (King, 1989). A mesma autora (1989) refere-nos que os clientes são influenciados pelas suas interações com o ambiente, influenciando também eles o ambiente onde estão inseridos, ou seja, também os enfermeiros são indissociáveis do seu ambiente.

É esta, na nossa opinião a chave entre este modelo e as variáveis estudadas nesta investigação, ou seja, o enfermeiro é indissociável do ambiente onde está inserido, influenciando ele mesmo esse ambiente. Desta forma o ambiente institucional pode afectar a SP do enfermeiro, afectando por sua vez a forma como este se relaciona com este ambiente, retraindo-se por exemplo nos CCO, ou, pelo contrário, exibindo este tipo de comportamentos.

Ao olharmos para a teoria de King não nos podemos esquecer que estamos a considerar os enfermeiros como elemento central do sistema, o que também está de acordo com esta autora (1989) que sugere que se pense nos enfermeiros como indivíduos, assim como nos clientes também como indivíduos, sendo ambos parte central dos cuidados de enfermagem. Esta autora refere ainda que os enfermeiros são a “chave” de todos os recursos humanos nos serviços de saúde.

Actualmente a utilização de um modelo de sistemas parece ser ideal, pelas mudanças e complexidades das organizações de saúde, sendo provavelmente, o modo mais adequado de estudar seres humanos em interacção com o ambiente. O conceito sistematizado da estrutura conceptual de King proporciona uma forma actual e válida de compreender os seres humanos, uma vez que o processo de enfermagem de King promove a acção e reacção, pela própria característica de interacção desta teoria.

## **CAPÍTULO 6 - CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES**

Os CCO e a SP são, sem dúvida, conceitos aos quais se deve prestar atenção na dinâmica de uma organização e principalmente no que concerne à profissão de Enfermagem.

Partimos de algumas suposições empíricas, pela estreita ligação dos autores à profissão de Enfermagem que pudemos verificar estatisticamente.

Tal como referimos na introdução do nosso trabalho a Enfermagem tem sofrido alterações consideráveis nos últimos anos. Entre outros aspectos, tem havido um acréscimo significativo no número de enfermeiros que concluem os seus respectivos cursos. No entanto, a capacidade dos empregadores está cada vez mais fragilizada, o que aliado ao crescente número dos hospitais empresa e à actual conjuntura económica, leva a que a gestão de recursos humanos delimite, cada vez mais, estratégias conducentes ao lucro e à contratação/manutenção de colaboradores que dão garantias institucionais de eficácia. Também a organização hospitalar é caracterizada por um ambiente complexo, por variados motivos, incluindo as expectativas dos doentes em relação à cura, agravamento dos estados de saúde, envelhecimento da população, aumento das doenças crónicas degenerativas, elevados custos dos tratamentos e a iminência do desemprego, exigindo dos profissionais uma actuação cada vez mais comprometida e competente (Martins, 2000).

Desta forma as empresas cada vez mais dão preferência a trabalhadores que fazem mais do que lhes é formalmente exigido, apelando aos comportamentos espontâneos, inovadores e cooperativos dos seus membros, no sentido de ganhar vantagem competitiva Organ (1997). Desta forma percebe-se a pertinência de saber quais as razões que induzem as pessoas a adoptá-los, bem como os factores que os podem potenciar ou enfraquecer. Partimos então da convicção que a SP é um destes factores que pode fortalecer ou enfraquecer os CCO.

A SP tem visto o seu estudo desenvolvido nos últimos anos, principalmente no que respeita à profissão de Enfermagem, uma vez que até há pouco tempo atrás esta era considerada uma profissão de cariz vocacional. A SP pode ser entendida, segundo Gursel, Sunbul e Sari (2002), citados por Pedro e Peixoto (2006) como um estado emocional positivo resultante da situação profissional do sujeito e associado às características e tarefas específicas da profissão.

Depois de analisados as variáveis em estudo pudemos concluir, efectivamente, a existência de correlação positiva entre a SP e os CCOo e os CCOi. Concluímos ainda a existência de significado estatístico entre as variáveis tipo de vínculo e SP; entre tipo de vínculo e CCOo e CCOi; e entre tempo de exercício profissional, duplo emprego e CCOi.



Muitas outras variáveis foram cruzadas, entre variáveis sócio-demográficas e diferentes subescalas quer dos CCO quer da SP, todas elas capazes de gerar *per si* outro trabalho de investigação que no entanto se afastaria dos objectivos deste trabalho.

Também não era nosso objectivo neste trabalho identificar se a instituição estudada possuía ou não programas ou projectos que estimulam a prática de atitudes que refletem comportamentos de cidadania organizacional, nem encontrar nela motivos para os resultados alcançados. Apesar deste facto, é inegável que variáveis como o tipo de vínculo, que apareçam no topo das que mais interferem na SP e nos CCO, resultem, em grande parte, de diferenças entre contratos de trabalho vinculativos à instituição ao invés de outros apenas de prestação de serviços, condicionando a existência ou não de estabilidade profissional, numa conjuntura social global muito adversa para todos os trabalhadores.

Os resultados obtidos neste estudo podem contribuir na gestão de enfermeiros no hospital, por se destinar à compreensão dos CCO e da SP, uma vez que pode servir para a adopção de práticas que ofereçam condições favoráveis de trabalho, em que cada trabalhador contribua para a eficiência e eficácia organizacionais. Devemos ter presente, no entanto, que as pessoas não fazem as coisas pelas mesmas razões. A procura de informações sobre determinantes que residem no interior das pessoas, tais como traços de personalidade, emoções, atitudes, crenças, pode ajudar no entendimento de como as pessoas agem na procura dos seus objectivos (Pereira et al. 2005).

Tendo a perfeita noção que este assunto é uma matéria em constante desenvolvimento e limitando as nossas conclusões ao momento em que o estudo é realizado e à significância da amostra, pensamos ter conseguido retirar algumas conclusões de relevo e substancial interesse para o desenvolvimento desta temática.

Não podemos no entanto deixar de referir algumas limitações e dificuldades na elaboração do estudo. Os enfermeiros que responderam ao questionário, quer no contacto pessoal com o investigador, quer no contacto com os elementos de referência de cada serviço, referiram que os questionários eram demasiado extensos e que, apesar do seu fácil e compreensível preenchimento, demorava tempo demais a ser efectuado, o que provavelmente condicionou a segunda limitação, ou seja, o facto do preenchimento dos questionários ter ficado aquém das expectativas com uma taxa de preenchimento de cerca de 50%. No entanto, quer através da revisão da literatura efectuada, quer através do tratamento estatístico efectuado e do rigor que colocámos em todos os passos deste trabalho, pensamos ter conseguido lançar o mote para futuras investigações.

Pensamos que primeiramente deve existir uma mudança de mentalidades no que concerne ao reconhecimento da importância da profissão de Enfermagem como pilar de toda a prestação

de cuidados em saúde, para depois ser reconhecida a importância de factores como a SP e os CCO como factores que podem interferir na eficácia organizacional. Os CCO podem incorporar comportamentos que investigadores apontam de importância crítica para a sobrevivência das organizações de saúde, sobretudo no que se refere à importância dos CCO na qualidade dos cuidados prestados (Irvine, 1995). Por sua vez Bolon (1997) refere a necessidade de identificar, captar e reter os profissionais que manifestem a disponibilidade para desenvolverem comportamentos de cidadania mesmo em ambientes instáveis e adversos (autores citados por Gaspar, 2005).

Não nos podemos esquecer que a SP influencia directamente o desempenho do profissional, (Lawer, 1973, citado por Cura & Rodrigues, 1999), pelo que facilmente se entende que quanto mais satisfeito o enfermeiro se sentir com o seu trabalho, melhores condições terá para prestar cuidados de Enfermagem de qualidade e maior motivação sentirá para o desempenho das suas funções. A SP relaciona-se intimamente com a qualidade dos serviços prestados, uma vez que quanto mais satisfeito está o trabalhador, mais se envolve e compromete com a empresa para a qual trabalha. No sentido inverso, um trabalhador insatisfeito poderá vir a desenvolver estados patológicos como o stresse, depressão ou ansiedade que poderão vir a ser responsáveis por fenómenos de absentismo (Carvalho & Lopes, 2006).

Um profissional insatisfeito e desmotivado pode afectar de uma forma marcante o clima organizacional de uma unidade hospitalar, podendo induzir outros membros da equipa a adoptarem uma postura semelhante, ou mesmo desempenhando as suas funções de forma inadequada e pouco eficiente. A insatisfação dos profissionais de saúde de um país acarreta um sério custo económico e social devido ao seu efeito sobre o clima laboral/profissional, sobre o rendimento e a prestação dos cuidados, conduzindo ao aumento da rotação de profissionais (com efeito sobre a capacidade técnica dos profissionais nos novos postos), perda da moral laboral e aumento do absentismo.

Também não nos podemos esquecer que organizações bem sucedidas necessitam de colaboradores que ultrapassem as expectativas de desempenho adoptando comportamentos de “bom-cidadão”, passíveis de serem observados através de declarações positivas do trabalhador em relação ao trabalho, no auxílio dos colegas, no voluntarismo para a realização de actividades extras, no evitamento de conflitos, no zelo pelo património da empresa, entre outros (Robbins, 2004). É importante para as organizações adoptarem estratégias de gestão de recursos humanos promotoras de CCO, considerando os seus colaboradores como membros organizacionais e não como recursos a curto prazo, devem assegurar uma razoável estabilidade de emprego, perspectivas de carreira e formação contínua.

Por todos estes motivos seria interessante serem desenvolvidos mais estudos, utilizando as variáveis por nós introduzidas, mas aplicando-as a uma população mais alargada e se possível mais diversificada em termos geográficos, para que um diagnóstico efectivo da situação se pudesse transformar em ganhos para as organizações, para a profissão, para a saúde em geral e para a saúde dos enfermeiros em particular.

## BIBLIOGRAFIA

- 📖 Amaro, H. (2005). *Assertividade e Satisfação Profissional nos Enfermeiros*, Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Escola Superior de Educação, Universidade do Algarve, Faro.
- 📖 Aranaz, M. (1994) Los profisionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital*, Dez, pp. 35-40.
- 📖 Bateman, T. S. & Organ, D. W. (1983). Job Satisfaction and the good soldier: The relationship between affect and employee “Citizenship”. *Academy of Management Journal*, 26, 587-595.
- 📖 Benzecry, D. (2005). *Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO) e Desempenho em Vendas de Varejo no Rio de Janeiro*, Tese de Mestrado, Pós-Graduação em Administração e Economia das Faculdades Ibmecc. Rio de Janeiro.
- 📖 Bolino, M. C. Turnley, W. H. & Nierhoff, B. P. (2004). The other side of the story: Reexamining prevailing assumptions about organizational citizenship behavior. *Human Resource Management Review*, 14, 229-246.
- 📖 Bravo, M. J., Peiró, J. M. & Rodríguez (1996). Satisfacción laboral. In Peiró J. M. & Prieto, F. (Eds). *Tratado de Psicología del Trabajo*, vol. I: La actividad laboral en su contexto, Madrid, Ed. Síntesis.
- 📖 Campbell, L. R. (1986). What satisfies and doesn't. *Nursing Manage*, 8 (17), 41-42.
- 📖 Carvalho, G. & Lopes, S. (2006). Satisfação Profissional do Enfermeiro em uma Unidade de Emergência de Hospital Geral. *Arquivo Ciências Saúde*, 13 (4), 215-219.
- 📖 Chiaburu, D. S. & Byrne, V. S. (2009). Predicting OCB Role Definitions: Exchanges with the Organization and Psychological Attachment. *Journal Business Psychology*, 24, 201-214.
- 📖 Correia, A. (1997). *O burnout nos profissionais dos centros de atendimento a toxicodependentes: causas e consequências*. Tese de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- 📖 Cura, M. L. & Rodrigues, A. R. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista latino americana de enfermagem*, 7 (4), 21-28.
- 📖 Dela Coleta, J. A. & Dela Coleta, M. F. (2005). *Felicidade, Bem-estar Subjectivo e Comportamento Académico de Estudantes Universitários*, consultado em 28 de Setembro de 2008, disponível em URL:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722006000300009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722006000300009&script=sci_arttext&tlng=pt).



- 📖 Ferreira (2011). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Braga*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, Faculdade de Economia da Universidade do Porto
- 📖 Fisher, R. M. (2002). A responsabilidade da cidadania organizacional. In Fleury, M. T. L. (Org.), *As pessoas nas organizações*, São Paulo, Gente.
- 📖 Foote, D. A. & Tang, T. L. P. (2008). Job satisfaction and organizational citizenship behavior (OCB), Does team commitment make a difference in self-directed teams? *Management Decision*, 46 (6), 933-947.
- 📖 Garrido, P. (2009). Burnout, Bem-estar subjectivo e satisfação profissional nos enfermeiros. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, Faro.
- 📖 Gaspar, M. F. (2005) - A cidadania organizacional nas organizações de saúde: o caso da enfermagem. Tese de doutoramento em Psicologia Social e Organizacional especialização em Comportamento Organizacional, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa-ISCTE, Lisboa.
- 📖 Gaspar M. F. & Jesuíno J. C. (2009). Os Enfermeiros como Cidadãos Organizacionais, Desenvolvimento de uma Medida para Avaliação dos Comportamentos de Cidadania Organizacional em Contexto Hospitalar. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 24-38.
- 📖 Graça, L. (1987). Satisfação no Trabalho? Sim, obrigado. *Dirigir, Instituto do emprego e formação profissional*, 7, 22-24.
- 📖 Greengerg, J. (1987). *Comprehensive Stress Management*, Iowa, William C. Brown Publishers.
- 📖 Hale, C. (1986). Measuring job satisfaction, *Nursing Times*, 26, 43-46.
- 📖 Han, S. Park, J. & Yun, E. (2009). Factors influencing nurse's organizational citizenship behaviour. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39 (4), 499-507.
- 📖 Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1993). *The Motivation to Work*, Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey.
- 📖 Kandolin, I. (1993). Burnout of Female Nurses in Shiftwork, *Ergonomics*, 36, 141-147.
- 📖 Kark, R. & Waismel, R. (2005). Organizational Citizenship Behavior: What's Gender Got To Do With It? *Organization*, 12 (6), 889-917.
- 📖 Kelly, B. O. (1985). Satisfied with your job? *Nursing Manage*, 26 (160), 56-58.
- 📖 Kidder, D. L. (2002). The influence of Gender on the performance of Organization Citizenship Behaviors. *Journal of Management*, 28 (5), 629-648.

- 
- 📖 King, I. (1989). King's Systems Framework for Nursing Administration. In Henry, B et al (Eds) *Dimensions of Nursing Administration, Theory, Research, Education, Practice*, Cambrige, Blackwell Scientific Publications.
- 📖 LePine, J. A., Erez, A., & Johnson, D. E. (2002). The nature and dimensionality of organizational citizenship behavior: A critical review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87(1), 52-65.
- 📖 Locke, E. A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette, M. D. (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Chicago, Rand McNally College Publishing.
- 📖 Lopes, P. (1997). Formação em Enfermagem e Cidadania, *Enfermagem em Foco*, 26, 37-42.
- 📖 Loreto, D. (2000). *Síndrome de burnout em enfermeiros de oncologia*. Tese de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra.
- 📖 Luthans, F. (1998). *Organizational Behavior*, 8th edition, India, McGraw-Hill.
- 📖 Martins D. (2000). *Custos e orçamentos hospitalares*, São Paulo, Atlas.
- 📖 Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. 2ª Edição, United States of America, Harper & Row Publishers.
- 📖 Moura, R.& Pagliuca, L. (2004). A Teoria de King e a sua interface com o programa Saúde na Família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 38 (3), 8-15, consultado em 25 de Março de 2012, disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/05.pdf>.
- 📖 Moreira, T., Araújo, T. (2002). O modelo Conceitual de Sistemas Abertos Interactuentes e a Teoria de Alcance de Metas de Imogene King. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 10 (1), consultado em 25 de Março de 2012, disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n1/7778.pdf>.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros Portuguesa. Dados Estatísticos, consultado em 25 de Março de 2012, disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- 📖 Ordem dos Enfermeiros Portuguesa. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros., consultado em 25 de Março de 2012, disponível em URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>.
- 📖 Organ, D. W. (1997). Organizational citizenship behavior: It's construct clean up time. *Human Performance*, 10 (2), 85- 97.
- 📖 Organ D. W. (1988). *Organizational citizenship behavior: The good soldier syndrome*, Lexington, Lexington Books.
-

- 
- 📖 Park, W. Y. & Yoon, S. H. (2009). The mediating role of organizational citizenship behavior between organizational justice and organizational effectiveness in nursing organizations. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39 (2), 229-236.
- 📖 Pedro, N. & Peixoto, F. (2006). Satisfação profissional e auto-estima em professores do 2.º e 3.º ciclo do Ensino Básico. *Revista Análise Psicológica*, 2 (XXIV), 247-262.
- 📖 Peiró, J. M., Gonzales-romá, V. & Marti, C. (1992). Estrés del Rol y Satisfacción Laboral en Organizaciones de Servicios. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 2, 19-27.
- 📖 Pestana M. H. & Gageiro J. N. (2000). *Análise de dados para as Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS*. 2ª Edição, Lisboa, Edições Silabo.
- 📖 Pina e Cunha, M., Rego A., Campos e Cunha, R. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. Lisboa, RH editora.
- 📖 Podsakoff, P. M., Mackenzie, S. B., Paine, J. B. & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: a critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of Management*, 26 (3), 513-563.
- 📖 Polat, S. (2009). Organizational citizenship behavior (OCB) display levels of the teachers at secondary schools according to the perceptions of the school administrators. World Conference on Educational Sciences, 1591-1596.
- 📖 Porto, J. B. (2004). Investir em Cidadania Organizacional aumenta a sua competitividade. consultado em 25 de Março de 2012, disponível em URL: [www.ictr.com.br/file/5.pdf](http://www.ictr.com.br/file/5.pdf).
- 📖 Queirós, P. (2005) *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. 1ª Edição, Coimbra, Edições Sinais Vitais.
- 📖 Quintela M. & Santos, P. (1996). Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego. *Servir*, 44, pp. 22-31.
- 📖 Rego, A. (2002a). Climas Éticos e Comportamentos de Cidadania Organizacional. *Revista de Administração de Empresas*, 42 (1), 50-63.
- 📖 Rego, A. (2002b). Justiça e cidadania nas organizações – o papel moderador das preferências éticas. *Revista de Administração*, 37 (2), 83-101.
- 📖 Rioux, S. M., & Penner, L. A. (2001). The causes of organizational citizenship behavior: A motivational analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1306–1314.
- 📖 Robbins, S. (1996). *Essentials of Organizational Behavior*. 5ª Edição, New Jersey, Prentice-Hall Inc.
- 📖 Robbins, S. P. (2004). *Fundamentos do comportamento organizacional*. 7ª Edição, São Paulo, Prentice Hall.
- 📖 Scott, W. G. & Mitchell, T. R. (1985). *The universal Barnard: his macro theories of organization*. Washington, University for Washington.
-

- 
- 📖 Siqueira, M. M. (1995). *Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: a análise de um modelo pós-cognitivo*. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília.
- 📖 Siqueira, M. M. & Gomide, J. S. (2004). Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a Organização. In Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E. & Bastos, A. V. *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil*. Porto Alegre, Artmed.
- 📖 Siqueira, M. M. (2008). Envolvimento com o trabalho. In Siqueira M. M. et al, *Medida do comportamento organizacional: ferramenta de diagnóstico de gestão*. Porto Alegre, Artmed Bookman.
- 📖 Spector, P. E. (2002). *Psicologia nas organizações*. São Paulo, Saraiva.
- 📖 Sieloff C. (2004). Imogene King, Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objectivos. In Tomey A. M. & Alligood M. R. (Org.) *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. 5ª Edição, Loures, Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- 📖 Smith, C., Organ, D. & Near, J. (1983). Organizational citizenship behavior: Its nature and antecedents. *Journal of Applied Psychology*, 70, 469-480;
- 📖 Stamps, P. L. (1996). *Nurses and work Satisfaction: and index for measurement*. 2ª Edição, Chicago, Health Administration Press.
- 📖 Tamayo, A. (1998). Valores organizacionais: a sua relação com satisfação no trabalho, cidadania organizacional e comprometimento afectivo. *Revista de Administração* 33, (3), 56-63.
- 📖 Tavares, O. (2008). *Avaliação da satisfação de profissionais de saúde no serviço de Imagiologia dos hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- 📖 Van Dyne, L., Cummings, L. & Parks, J. (1995). Extra-role behaviors: in pursuit of construct and definition clarity (a bridge of muddied waters). In Cummings, L. & Staw, B. (Eds.) *Research in Organizational Behavior*. Greenwich, JAI Press.
- 📖 Vilela, B. B., Gonzalez, J. A. & Ferrin, P. F. (2010). Salespersons' Self-Monitoring: Direct, Indirect and Moderating effects on Salespersons' Organizational Citizenship Behavior. *Psychology & Marketing*, 27 (1), 71-89.
- 📖 Varandas da Costa, M. (2001). *Motivações e Expectativas dos Alunos e dos Profissionais de Enfermagem: Da Escola para a Profissão*. Tese de Mestrado, Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia, Lisboa.
-



-  Wanxian, L. & Weiwu, W. (2007) A demographic study on citizenship behavior as in-role orientation. *ScienceDirect/Personality and Individual Differences*, 42, 225-227.
-  Williams, L. J., & Anderson, S. E. (1991). Job satisfaction and organizational commitment as predictors of organizational citizenship and in-role behaviors. *Journal of Management*, 17, 601-617.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1- Questionário

Caro colega

O meu nome é Pedro Miguel Garrido, sou Enfermeiro licenciado e encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem na Especialização de Gestão na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A dissertação, que agora estou a realizar, tem como tema: **“COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL NOS ENFERMEIROS”**.

Para a concretização do trabalho a que me proponho é fundamental a sua colaboração no preenchimento do seguinte questionário, ao qual é garantido o anonimato.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

---

(Pedro Miguel Cavalo Costa Garrido)

---

## **I Parte**

### **Dados Sócio-demográficos**

Por favor coloque um X na quadrícula correspondente à sua resposta.

#### **1. SEXO**

Masculino..... ☐  
Feminino ..... ☐

#### **2. IDADE \_\_\_\_\_ (anos).**

#### **3. NACIONALIDADE**

Portuguesa ..... ☐  
Espanhola ..... ☐  
Outra ..... ☐  
Qual? \_\_\_\_\_

#### **4. QUAIS SÃO AS SUAS HABILITAÇÕES ACADÉMICAS?**

Considere apenas o título académico mais elevado.

Curso Geral de Enfermagem ..... ☐  
Bacharelato ..... ☐  
Licenciatura ..... ☐  
Pós-Graduação ..... ☐  
Mestrado/Doutoramento ..... ☐  
.

#### **5. EM QUE TIPO DE INSTITUIÇÃO É QUE EXERCE FUNÇÕES**

Instituição Pública ..... ☐  
Instituição Privada ..... ☐

#### **6. QUAL A SUA CATEGORIA PROFISSIONAL?**

Enfermeiro ..... ☐  
Enfermeiro Graduado ..... ☐  
Enfermeiro Especialista ..... ☐  
Enfermeiro Coordenador..... ☐

---

Enfermeiro Supervisor ..... ☐

Outra ..... ☐

Qual? \_\_\_\_\_

7. TEMPO DE SERVIÇO \_\_\_\_\_ anos.

8. QUAL O SEU HORÁRIO DE TRABALHO?

Tempo parcial (20h) ..... ☐

Tempo completo (35-40h) ..... ☐

Tempo acrescido (42h) ..... ☐

Outro ..... ☐

Qual? \_\_\_\_\_

9. TRABALHA POR TURNOS?

Sim ..... ☐

Não ..... ☐

10. EM QUE SERVIÇO DESEMPENHA FUNÇÕES?

Considere apenas o serviço do Hospital da Luz.

---

11. TRABALHA NO SERVIÇO QUE DESEJARIA?

Sim ..... ☐

Não ..... ☐

12. QUAL O SEU TIPO DE VÍNCULO À INSTITUIÇÃO?

Quadro ..... ☐

Contrato Individual de Trabalho – Tempo indeterminado..... ☐

Contracto Individual de Trabalho –Termo certo ..... ☐

Recibo verde ..... ☐

Outro ..... ☐

Qual? \_\_\_\_\_

---

13. TEM DUPLO EMPREGO?

Sim ..... ☐

Não ..... ☐

14. QUAL O SEU HORÁRIO DE TRABALHO NO DUPLO EMPREGO?

Apenas se respondeu “sim” à pergunta anterior

Tempo parcial (20h) ..... ☐

Tempo parcial (24h) ..... ☐

Tempo completo (35-40h) ..... ☐

Outro ..... ☐

Qual? \_\_\_\_\_

## **II Parte**

### **“Escala de Avaliação da Satisfação Profissional nos Enfermeiros”**

(Escala adaptada para a população portuguesa por Quintela & Santos em 1996).

Por favor coloque um “X” na escala de 1 a 7, de acordo com a sua intensidade de acordo ou desacordo em relação a cada uma das afirmações tendo em conta que cada número significa o seguinte:

<p style="text-align: center;"><b>DISCORDÂNCIA</b></p> <p style="text-align: center;">1= Forte   2= Moderada   3= Fraca</p> <p style="text-align: center;"><b>SEM OPINIÃO</b></p> <p style="text-align: center;">4= Não concordo nem discordo</p> <p style="text-align: center;"><b>CONCORDÂNCIA</b></p> <p style="text-align: center;">5= Fraca   6= Moderada   7= Forte</p>
---

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Estou satisfeito com o meu actual vencimento.							
2.	Sinto que estou a usar verdadeiramente as minhas capacidades e a desenvolver as minhas potencialidades.							
3.	Quando o serviço aperta, os Enfermeiros da minha unidade não hesitam em arregaçar as mangas e dar uma ajuda uns aos outros.							
4.	Ao Enfermeiro deste serviço exige-se-lhe trabalho administrativo e “papelada” em demasia.							
5.	De um modo geral, tenho a impressão de que a maior parte dos Enfermeiros gostam realmente da forma como o trabalho está organizado neste serviço							
6.	No meu serviço, os médicos em geral não cooperam com o pessoal de Enfermagem.							

7.	Sinto que há um supervisão do meu trabalho muito mais rígida do que a que eu precisaria de ter.						
8.	Tenho a impressão que a maior parte dos Enfermeiros não está satisfeita com o que ganha.						
9.	Mesmo que pudesse ganhar mais dinheiro noutra serviço, como Enfermeiro, não trocava de lugar porque tenho aqui boas condições de trabalho.						
10.	No meu serviço o pessoal que chega de novo tem dificuldade em adaptar-se e “sentir-se em casa”.						
11.	Penso que poderia fazer um melhor trabalho se não tivesse tanto que fazer ao mesmo tempo.						
12.	Há uma grande distância entre a Chefia deste serviço e os problemas do dia a dia do serviço de Enfermagem.						
13.	Por vezes sinto que tenho demasiadas chefias a dizerem-me coisas que entram em conflito umas com as outras.						
14.	O que o serviço nos paga é razoável, considerando o que é esperado do pessoal de Enfermagem.						
15.	Não tenho qualquer dúvida no meu espírito de que as funções que exerço são realmente importantes.						
16.	No meu serviço há um bom espírito de equipa e de cooperação entre os enfermeiros dos vários níveis e categorias.						
17.	As actividades que actualmente realizo dão-me oportunidade de crescer e desenvolver-me como pessoa.						
18.	No meu serviço há muito trabalho de equipa entre Enfermeiros e Médicos.						
19.	No serviço de Enfermagem, a Direcção toma todas as decisões importantes. Tenho pouca autonomia no meu trabalho.						
20.	Não estou satisfeito com as remunerações suplementares que me pagam.						
21.	Faço aquilo que gosto.						
22.	Tenho tempo para discutir, com os outros Enfermeiros, os problemas da prestação de cuidados aos utentes.						



23.	Neste serviço os Enfermeiros têm a possibilidade de participar na administração dos serviços de Enfermagem, incluindo o planeamento dos cuidados.						
24.	Neste serviço há Enfermeiros que conseguem ganhar mais do que outros, ou obter regalias com a expressão monetária graças ao “favoritismo” e às “boas relações”.						
25.	O que eu faço no meu trabalho não significa nada de especial.						
26.	Há demasiado “sentido de hierarquia” no meu serviço. As chefias de Enfermagem raramente se misturam com os outros elementos.						
27.	Não gasto tanto tempo quanto gostaria a exercer as funções que me competem.						
28.	Não tenho quaisquer dúvidas de que este serviço se preocupa bastante com o bem-estar dos seus funcionários, incluindo o pessoal de Enfermagem.						
29.	Orgulho-me das funções que exerço e sou capaz de falar disso aos outros.						
30.	Acho que este serviço, em geral, não está organizado para dar resposta, em primeira prioridade, às necessidades dos utentes.						
31.	Os Enfermeiros do meu serviço raramente se comportam como se fossem “uma grande família feliz”.						
32.	Poderia oferecer uma melhor prestação se tivesse mais tempo.						
33.	De um modo geral estou satisfeito com o modo como os cuidados de Enfermagem, neste serviço, são planeados, prestados e avaliados.						
34.	Em geral, os médicos deste serviço compreendem e apreciam o trabalho dos Enfermeiros.						
35.	De um modo geral, as funções que exerço são reconhecidas pelos utentes como importantes.						
36.	Entre a classe de Enfermeiros deste serviço há muita “má-língua” e muitas “quezílias”.						
37.	Não se pode dizer que as funções que desempenho exijam particularmente muita qualificação ou competência.						

38.	As chefias de Enfermagem geralmente consultam o pessoal sobre os problemas e procedimentos a adoptar no dia a dia.						
39.	Tenho a necessária liberdade para tomar decisões importantes no meu trabalho, podendo contar com o apoio do meu imediato superior hierárquico.						
40.	Devia ser revista a grelha salarial e melhorado o nível remuneratório dos Enfermeiros.						
41.	As funções que exerço contribuem para o prestígio do meu estatuto profissional.						
42.	Se tivesse que voltar ao princípio não tenho dúvidas que voltaria a escolher a profissão de Enfermagem.						

## **II Parte**

### **“Escala de Avaliação dos Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO) dos Enfermeiros em Hospital”**

(Escala adaptada para a população portuguesa por Gaspar & Jesuíno em 2009).

Que importância atribui ao item indicado como exemplo de CCO

1 – Nenhuma; 2 – Pouca; 3 – Moderada; 4 – Muita; 5 – Total; (selecione apenas um número).

Por favor coloque um “X” na escala de 1 a 5, de acordo com a sua intensidade de concordância, em relação a cada uma das afirmações.

	1	2	3	4	5
1 – Mostra orgulho na instituição a que pertence.					
2 – Mostra orgulho no serviço/unidade onde exerce funções.					
3 – Faz declarações positivas sobre a instituição a que pertence.					
4 – Faz declarações positivas sobre o serviço/unidade onde exerce funções.					
5 – Respeita o património da instituição.					
6 – Não faz gastos desnecessários.					
7 – Favorece um bom ambiente de trabalho.					
8 - Sempre que existe algum material deteriorado informa da situação.					
9 – Mostra preocupação com a higiene do serviço.					

10 – Introduz alterações na unidade do doente de forma a melhorar esse espaço físico.					
11 – Adapta a unidade do utente ao seu utilizador sem que isso seja solicitado.					
12 – Responde positivamente quando solicitado para suprir défice de recursos humanos.					
13 – Está disponível para participar em reuniões de serviço mesmo fora do seu horário de trabalho.					
14 – Solicita os documentos produzidos pela instituição caso não estejam disponíveis.					
15 – Conhece os documentos produzidos pela instituição ou serviço: plano de acção, relatório e outros.					
16 – Conhece os direitos e os deveres dos funcionários.					
17 – Está presente nos eventos do serviço/instituição mesmo que não tenha colaborado na sua organização.					
18 – Está disponível para atender às solicitações dos colegas/trocas de horário e substituições/fins-de-semana.					
19 – Fica depois das horas de serviço para ajudar um colega.					
20 – Actualiza voluntariamente a informação a um colega que esteve ausente do serviço um longo período/férias.					
21 – Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa de enfermagem.					
22 – Tem capacidade para lidar com conflitos no seio da equipa multidisciplinar.					
23 – Reúne factos e colhe informação antes de emitir uma opinião ou atribuir responsabilidades.					
24 – Faz formação não certificada.					
25 – Faz formação fora da instituição, no seu tempo livre.					
26 – Acompanha e encaminha familiares de utentes mesmo que não estejam internados no seu serviço.					
27 – Favorece e incentiva os contactos entre utentes e familiares.					
28 – Facilita as visitas, se necessário, adapta as regras no serviço às necessidades que lhe são colocadas.					
29 – Prolonga a sua estadia no serviço para atender um familiar ou utente a fim de concluir uma entrevista ou interacção.					
30 – Não interrompe, sem pedir licença, a sua acção junto do utente ou familiares, para responder a outras situações (excepto de urgência).					

31 – Se estiver a prestar cuidados directos ao utente, não fala com outras pessoas ou colegas.					
32 – Encaminha eventuais reclamações sem exercer qualquer tipo de pressão.					
33 – No contacto com familiares em situações de grande stress (morte, risco de vida, instabilidade emocional) escolhe um local mais apropriado, mesmo que o serviço não disponha de nenhum especialmente destinado a estas situações.					
34 – Atribui, de forma sistemática, os direitos ao utente.					
35 – Nos contactos directos com familiares e utentes, evita recorrer a termos técnicos que possam reduzir os níveis de compreensão que estes podem ter de uma determinada situação.					

Mais uma vez obrigado pela sua colaboração!